



Fall-Nr.: IV 2018/372
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 22.06.2021
Entscheiddatum: 21.09.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 21.09.2020

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 16 ATSG. Voraussetzungen, unter denen die Rechtsanwendung von der medizinischen Arbeitsfähigkeitsschätzung abweichen darf. Diese sind vorliegend nicht gegeben, somit ist mit den Gutachtern von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer hat gemäss Einkommensvergleich Anspruch auf eine Viertelsrente. Zudem besteht aufgrund vollständiger Arbeitsunfähigkeit nach einer Operation ein befristeter Anspruch auf eine ganze Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. September 2020, IV 2018/372).

Entscheid vom 21. September 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz),
Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber,
Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2018/372

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot,
GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach,
9001 St. Gallen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 7. März 2016 wegen chronischer Achillessehnenentzündung links und rechts und sehr starker Rückenbeschwerden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Er hatte zuletzt vom 1. Januar bis 31. Juli 2015 als Abkanter (Blechbearbeitung) bei der Firma B.____ gearbeitet (Angaben Arbeitgeberin vom 4. April 2016, IV-act. 17).

A.b. Ein MRI von LWS und ISG vom 25. April 2016 zeigte Diskushernien L4/5 und L5/S1 mit knapper Tangierung der Nervenwurzeln L5 links und S1 rechts sowie leichte bis moderate degenerativ imponierende Veränderungen des ISG (IV-act. 92-12; IV-act. 65-18 f.). Dr. C.____ berichtete am 9. Mai 2016, die Achillessehnen seien stark geschwollen und druckdolent. Die Schmerzen und Schwellungen hätten weiter angehalten, aktuell links deutlich stärker als rechts. Diesbezüglich diagnostizierte er eine chronische Tendinopathie beider Achillessehnen. Weiter leide der Versicherte bei jeder kleinsten Belastung unter akuten lumbo-sacralen Schmerzen, so dass ein Einsatzprogramm des RAV habe abgebrochen werden müssen. Bei der Untersuchung habe er ein lumbal-betontes Panvertebralsyndrom bei muskulären Verspannungen und segmentalen Dysfunktionen gefunden (IV-act. 65-9 ff.). Im Arztbericht vom 16. Juni



St.Galler Gerichte

2016 beschrieb Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, starke Schwellungen des (wohl linken) Sprunggelenkes mit Synovialitis klinisch und einem Impingement. Er diagnostizierte eine Gichtarthropathie linkes OSG und eine Achillodynie links bei Verdacht auf intratendinöse Degeneration und attestierte spätestens ab 15. Februar 2016 keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Der Versicherte habe im August 2015 und im Februar 2016 Arthritisschübe mit starken Schmerzen gehabt, sodass er nicht mehr habe gehen, aber habe sitzen können (IV-act. 31).

A.c. RAD-Ärztin Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, nahm am 4. Juli 2016 Stellung, in der körperlich schweren Tätigkeit als Abkanter bestehe seit Mai 2015 keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer wechselbelastenden leichten Tätigkeit ohne Einnahme von Zwangshaltungen der Wirbelsäule in gebückter Stellung und ohne Arbeiten mit Hyperextension der Halswirbelsäule bestehe spätestens ab 11. April 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 33). Gestützt darauf und nach Vorbescheid vom 11. Juli 2016 (IV-act. 37) sowie nach Eingang eines weiteren Berichts von Dr. C.____ vom 22. August 2016 (IV-act. 65-7 f.) wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch um berufliche Massnahmen und Rentenleistungen mit Verfügung vom 3. Oktober 2016 ab, da der Versicherte in adaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig und bei der Stellensuche nicht gesundheitsbedingt eingeschränkt sei (IV-act. 38). Hiergegen erhob der Versicherte am 28. Oktober 2016 Beschwerde (IV-act. 41-2 f.), worauf die angefochtene Verfügung gestützt auf einen Konsiliarbericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 27. Januar 2017 (IV-act. 70-2 f.) und eine Stellungnahme des Rechtsdienstes vom gleichen Tag (IV-act. 51) am 16. Februar 2017 zugunsten der Prüfung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung widerrufen wurde (IV-act. 54) und das Versicherungsgericht am 20. Februar 2017 das hängige Verfahren (IV 2016/370) einstellte (IV-act. 57).

A.d. Beim Versicherten wurde am 17. Februar 2017 ein Sakralblock unter BV-Kontrolle und eine Facettengelenksinfiltration L5/S1 durchgeführt, die zu keiner Schmerzlinderung führten (Operationsbericht IV-act. 71; Bericht Dr. F.____ vom 7. März 2017, IV-act. 72).



A.e. Dr. G.____, Chiropraktor, hielt im Arztbericht vom 20. März 2017 fest, die Behandlungen erfolgten normalerweise wöchentlich. Hauptsymptomatik seien Schmerzen und muskuläre Verkrampfungen paraspinal. Die körperliche Belastbarkeit der Wirbelsäule sei mässig reduziert. Rezidive könnten rasch ausgelöst werden. Der Versicherte arbeite zur Zeit als Aufsichtsperson während einiger Stunden pro Tag in einem Fitnessstudio. Dies scheine zur Zeit angemessen. Es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen subjektivem und objektivem Befund. Wechselbelastende Tätigkeiten seien während 5 bis 6 Stunden steigernd möglich (IV-act. 66-2 ff.).

A.f. Am 27. März 2017 wurde eine operative Mikrodiskektomie und Dekompression L5/S1 rechts vorgenommen, wobei der Versicherte postoperativ über starke, auf Opiate, Fentanyl und PDA-Schmerzkatheter ungenügend reagierende Rücken- und Beinschmerzen mit massiv eingeschränkter Bewegungsfähigkeit klagte (Austrittsbericht Wirbelsäulenchirurgie Ostschweiz AG vom 3. April 2017, IV-act. 74; Operationsbericht IV-act. 73).

A.g. Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte gemäss Arztbericht vom 8. Mai 2017 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.1), sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Es finde eine integrierte psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung mit wöchentlich bis zweiwöchentlich stattfindenden Behandlungseinheiten statt. Aufgrund des komplexen Beschwerdebildes mit auch kurzzeitig rezidiert auftretenden depressiven Episoden im Rahmen der Schmerzsymptomatik bestünden öfter kurzfristig auftretende 100%ige Arbeitsunfähigkeiten. Ein Arbeitsversuch sei vom Arbeitgeber abgebrochen worden, da der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage gewesen sei, die geforderten Tätigkeiten auszuführen. Mit medizinischen Massnahmen könnte in einer angepassten Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit um maximal 20 % gesteigert werden. Eine zeitlich und örtlich symptomangepasste Tätigkeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt wäre sinnvoll. Eine vollständige Reintegration erscheine aus aktueller Sicht wenig wahrscheinlich (IV-act. 82).

A.h. RAD-Ärztin Dr. E.____ konstatierte am 7. Juni 2017, aufgrund des Rückenleidens sei es zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit



einer vollen Arbeitsunfähigkeit vom 27. März bis 10. Mai 2017 gekommen. Die strenge körperliche Tätigkeit als Abkanter sei nicht mehr möglich. In einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der LWS und der HWS sei der Versicherte ab 11. Mai 2017 voll arbeitsfähig. Die aktuelle Tätigkeit als Aufsichtsperson in einem Fitnessstudio sei adaptiert (IV-act. 85). Med. pract. I.____, Allgemeinmedizin FMH, hielt im Arztbericht vom 18. September 2017 (Eingang) fest, der Versicherte gebe an, aufgrund der Konzentrationsschwäche, rascher Erschöpfbarkeit und psychischer Erkrankungen nicht leistungsfähig zu sein (IV-act. 92-2 ff.). Die Eingliederungsverantwortliche führte aus, nach der Operation habe sich der Zustand des Versicherten verschlechtert. Aufgrund des instabilen Gesundheitszustands bei 100 %iger Arbeitsunfähigkeit mache die Stellensuche bzw. berufliche Integration keinen Sinn. Sie schloss den Fall am 20. September 2017 ab (Assessmentprotokoll, IV-act. 93-3 f.).

A.i. Im Verlaufsbericht des Psychiatriezentrums Rorschach wurde in einer ideal angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bis 20 % attestiert (Verlaufsbericht vom 13. Oktober 2017, IV-act. 94). RAD-Ärztin Dr. E.____ nahm am 23. Oktober 2017 Stellung, die Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar; es sei ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen (IV-act. 102).

A.j. Der Auftrag wurde der Medizinisches Gutachterzentrum Region St. Gallen GmbH (MGSG) zugeteilt (Gutachten vom 28. Februar 2018; Dr. med. J.____, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. K.____, Neurologie; Dr. med. L.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr. med. M.____, Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen 20. Dezember 2017, 3. Januar und 1. Februar 2018; IV-act. 114). Die Gutachter diagnostizierten folgende Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 114-61 f.):

- Diskusprotrusion C3/4 mit Nervenwurzeldeviation C4 links sowie C5/6 mit Nervenwurzeldeviation C6 rechts
- SLAP-Läsion II der rechten Schulter
- chronische Cephalgie: Spannungskopfschmerzen, seltene Migräne
- chronische Cervicobrachialgie rechts, akute Symptomatik links ab Januar 2018



St.Galler Gerichte

- paracervicale radikuläre Ausstrahlungsschmerzen C6 rechts und C4 links
- foraminale Bandscheibenprotrusion mit Nervenwurzeldeviation C6 rechts und C4 links
- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1).

Als diagnostizierte Gesundheitsbeeinträchtigungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden unter anderem festgehalten (IV-act. 114-62 f.)

- eine Achillodynie beidseits
- ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Erstmanifestation ca. 2013, mit seinerzeit radikulärem L5-Syndrom rechts, Laminotomie L5/S1 rechts (März 2017) und postoperativer Lumbago und bis dato anhaltendem residuellem, diskret sensibel radikulärem S1-Syndrom rechts und geringer Facettengelenksarthrose ohne Hinweis auf eine Spinalkanalstenose und/oder Neurokompression
- der Verdacht auf eine sich etablierende leichtgradige Polyneuropathie, differenzialdiagnostisch Hinterstrangsymptomatik mit plantarer Hyp- und Thermanästhesie beidseits, prätibialen elektrisierenden Nachhallphänomen bei Perkussion und linksseitig diffusen, teils neuropathischen Beinschmerzen ohne eindeutig erkennbares (radikuläres) Muster
- eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)
- eine Arthritis urica.

Im interdisziplinären Konsens kamen die Gutachter zum Schluss, in der angestammten Tätigkeit bestehe aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, seit November 2016 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Leidensadaptierte Tätigkeiten, d.h. Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung



St.Galler Gerichte

sowie körperlich leichte Tätigkeiten, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Kopfhaltungen und ohne Arbeiten über der Horizontalen könnten dem Versicherten seit November 2016 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 60 % zugemutet werden. Von März bis Juni 2017 habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation (in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (IV-act. 114-63).

A.k. RAD-Arzt N.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 10. April 2018 Stellung, die im psychiatrischen Teilgutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % angestammt und 60 % adaptiert könne übernommen werden. Die ICD-10 Kriterien für eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine somatoforme Schmerzstörung seien erfüllt, beruhten aber zum Teil auf subjektiven Angaben des Versicherten. Es zeige sich eine Verdeutlichungstendenz. Der vom Gutachter vorgeschlagenen Therapieintensivierung sei zu folgen, sie sei dem Versicherten zumutbar. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei unter diesen Auflagen innerhalb eines Jahres eine etwa 70%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit zu erwarten. Zur Evaluierung des Therapieerfolges sei eine Verlaufsbeurteilung in einem Jahr angezeigt (IV-act. 115). RAD-Ärztin Dr. E.____ äusserte am 30. Mai 2018, in der Gesamtschau könne auf die somatischen Teilgutachten abgestellt werden. Gestützt auf die stattgehabte interdisziplinäre Fallbesprechung könne im Rahmen der Indikatorenprüfung von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, zumal der Versicherte die verordnete psychiatrische Medikation nicht eingenommen habe. Es sei daher aus juristischer Sicht in einer dem somatischen Leiden angepassten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 115-5).

A.I. Mit Mitteilung vom 11. Mai 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab, da sich der Versicherte nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-act. 118).

A.m. In einer Stellungnahme vom 6. Juli 2018 legte der Rechtsdienst der IV-Stelle dar, es sei aus Sicht des Rechtsanwenders im Lichte der Indikatoren zu prüfen, ob die gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten auch rechtlich relevant seien. Aus rechtlicher Sicht könne von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit



abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliere. Vorliegend gehe aus dem psychiatrischen MGSG-Teilgutachten klar hervor, dass der Versicherte unter psychosozialen Faktoren wie Arbeitslosigkeit, fehlendem Einkommen und Abhängigkeit vom Sozialamt leide. Diese liessen sich nicht klar vom medizinischen Leiden selbst trennen, was gegen eine invalidisierende Wirkung der diagnostizierten depressiven Störung spreche. Zusammengefasst erlaube die medizinische Aktenlage eine schlüssige Beurteilung im Lichte der Standardindikatoren. In Gesamtbetrachtung seien die im MGSG-Gutachten postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde, namentlich des nicht adäquat behandelten depressiven Leidens, auf die Arbeitsfähigkeit beweismässig nicht hinreichend erstellt. Damit sei kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen (IV-act. 121).

A.n. Mit Vorbescheid vom 17. August 2018 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens. Die im Gutachten postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde, namentlich des nicht adäquat behandelten depressiven Leidens, auf die Arbeitsfähigkeit seien beweismässig nicht hinreichend erstellt. Damit sei aus psychiatrischer Sicht kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Aus dem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 4 % (IV-act. 124). Mit Einwand vom 22. August 2018 brachte der Versicherte vor, er leide unter einer schwergradigen Depression mit mehrfachen körperlichen Schmerzen, sodass im Moment eine Berufstätigkeit von wirtschaftlichem Wert aus seiner Sicht nicht möglich sei. Er bitte erneut um eine Abklärung in einer geschützten Arbeitsstelle wie der O.____ (IV-act. 125). Am 13. September 2018 reichte der Versicherte ein Arztzeugnis von med. pract. I.____ ein, wonach er ab 10. September 2018 zu 100 % arbeitsunfähig sei (IV-act. 126).

A.o. Mit Verfügung vom 8. Oktober 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Mit der durchgeführten Begutachtung und Indikatorenprüfung habe die Arbeitsfähigkeit abschliessend beurteilt werden können. Weitere Abklärungen seien nicht erforderlich und zielführend. Die beschriebene subjektive Arbeitsunfähigkeit entspreche keinem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden. Im Arztzeugnis von med. pract. I.____ werde die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht begründet und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht erkennbar, so dass es sich



hierbei um eine andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhalts handle (IV-act. 127).

B.

B.a. Mit am 7. November 2018 eingereichter und am 5. Dezember 2018 ausführlich begründeter Beschwerde beantragt A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. A. Guyot, die Verfügung der IV-Stelle (Beschwerdegegnerin) vom 8. Oktober 2018 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm ab 1. September 2016 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen, insbesondere für eine neuropsychologische Abklärung, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, ein neues, polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Es sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung zu gewähren. Das MGSG-Gutachten genüge den Anforderungen der Rechtsprechung nicht und sei somit nicht beweiskräftig. Da aus den übrigen Akten eine dauerhafte, volle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hervorgehe, sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen, insbesondere eine neuropsychologische Abklärung sowie eine neue polydisziplinäre Begutachtung, zu veranlassen. Da auch gemäss RAD eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung angezeigt sei, handle es sich um einen instabilen Gesundheitszustand. Es bestehe vorliegend kein Spielraum, um von der ärztlichen Beurteilung abzuweichen. Unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 60 % resultiere beim entsprechenden Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 47 %. Zudem sei ein Teilzeitabzug von 10 % und aufgrund der einem potentiellen Arbeitgeber sofort ins Auge fallenden Einschränkungen ein Leidensabzug von 15 % zu gewähren. Somit ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 60 % (act. G 1; act. G 3).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 15. Februar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

B.c. Die vorsitzende Richterin heisst am 21. Februar 2019 das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten, unentgeltliche Rechtsverbeiständung) gut (act. G 6).



B.d. Mit Replik vom 28. Februar 2019 macht der Beschwerdeführer geltend, der behandelnde Psychiater habe aktenkundig festgehalten, dass formal der Denkablauf leicht beschleunigt mit Gedankendrängen und Grübelneigungen sei. Überdies habe er auch im Rahmen der Begutachtung über Konzentrationsschwierigkeiten geklagt. Bei dieser Ausgangssituation würden auch die Qualitätsleitlinien eine testpsychologische Zusatzuntersuchung empfehlen. Im Gutachten fehle eine schlüssige und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den Diagnosekriterien der somatoformen Schmerzstörung. Sodann seien deren Auswirkungen nicht gemäss der Indikatorenrechtsprechung gewürdigt worden. Das Gutachten genüge den Anforderungen der Rechtsprechung nicht. Die fehlende Therapierbarkeit sei für eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Gesundheitsbeeinträchtigung nicht mehr zwingend vorausgesetzt. Ob die mittelgradige depressive Störung verselbständigt sei, spiele für die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome keine Rolle. Eine stationäre oder halbstationäre Behandlung sei medizinisch nie angezeigt gewesen, er befinde sich in einer lege artis durchgeführten Therapie. Die Gutachter hätten Wechselwirkungen zwischen der somatoformen Schmerzstörung und der depressiven Erkrankung nicht ausgeschlossen, sondern überhaupt nicht geprüft. Das Kriterium der "zumutbaren Willensanstrengung" sei mit der Indikatorenrechtsprechung nicht mehr relevant (act. G 8).

B.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 8. März 2019 auf eine Duplik (act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen.



Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.3. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.4. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Die Diagnose führt nur zur Feststellung einer



invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, soweit sie nicht auf Aggravation oder ähnlichen Ausschlussgründen beruht (BGE 141 V 287, E. 2.2 a.E., E. 2.2.1 f.). Die medizinischen Gutachter haben sich nicht auf die Diagnosestellung zu beschränken, sondern die Leistungsfähigkeit bzw. die funktionellen Auswirkungen unter Beachtung der einschlägigen Indikatoren einzuschätzen (BGE 141 V 307 E. 5.2.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

1.5. Die Rechtsanwender prüfen insbesondere, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 307, E. 5.2.2 f.; BGE 144 V 54, E. 4.3).

1.6. Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und



pflichtgemäss zu würdigen. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

Zunächst ist die Beweistauglichkeit des der angefochtenen Verfügung zugrunde liegenden MGSG-Gutachtens vom 28. Februar 2018 zu prüfen.

2.1.

2.1.1. Der Beschwerdeführer schilderte anlässlich der Begutachtungen im Wesentlichen, er habe seit Jahren, verstärkt seit drei bis vier Jahren, LWS-Beschwerden. Diese hätten nach dem Eingriff im März 2017 zugenommen und strahlten inzwischen in beide Beine aus mit Kribbelparästhesien. Damit könne er nur zehn Minuten sitzen oder stehen oder ca. 50 m gehen, Bücken und Heben und Tragen von Lasten sei schmerzbedingt nicht möglich. Analgetika würden täglich gebraucht. Gelegentlich trete eine Gefühlslosigkeit des gesamten Beins rechts mehr als links auf (IV-act. 114-3 f., 20, 40). Die Schmerzen strahlten rechts bis in die Fusssohle, links bis zum Oberschenkel aus. Ihr Charakter sei dumpf, tiefliegend, drückend, reissend, aber auch brennend-elektisierend. Die Schmerzstärke liege bei 4-5/10 Punkten auf der visuellen Analogskala (VAS) mit Exazerbationen bis 10/10 Punkten. Im Sitzen würden die Beine rasch "einschlafen", weshalb er Mühe beim Aufstehen habe. Schmerzbedingt sei er bis zu 48 Stunden wach mit intermittierend fraktioniert zwei Stunden Schlaf. Nach der Einnahme von 40 Tropfen Tramal könne er sechs bis zwölf Stunden durchschlafen (IV-act. 114-39 f.). Infolge der Schmerzen könne er den Haushalt nicht mehr besorgen und müsse nach dem Staubsaugen eines Zimmers etwa zwei Stunden liegen (IV-act. 114-19).

2.1.2. Seit einer Frontalkollision im Jahr 1994 leide er an deutlich zunehmenden Kopf- und HWS-Schmerzen mit deutlich palpablen muskulären knotigen Veränderungen. Zwischen 2006 und 2010 habe er mehrere Unfälle beim Snowboarden erlitten. Durch chiropraktische Behandlungen hätten sich diese Beschwerden gebessert (IV-act. 114-41, 49). Er habe grosse Probleme, die HWS bzw. den Kopf zu bewegen; Drehung nach links, Inklination und Reklination seien schmerzhaft, blockierten und führten zu schwindelartigen und beengenden Exazerbationen (IV-act. 114-39). Seit Wochen bzw. etwa zwei Monaten manifestierten sich Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der rechten Schulter, die sich gelegentlich in den



Oberarm rechts bzw. intermittierend bis in die rechte Hand fortsetzen. Etwa seit Oktober oder November 2017 sei eine leichte Kraftminderung in der rechten Hand vorhanden. Das Heben und Tragen von Lasten und das Arbeiten über der Horizontalen seien schmerzhaft (IV-act. 114-4, 20, 39). Neu sei seit dem 26. Januar 2018 die linke Hand kraftlos, vom Gefühl her leicht geschwollen und schmerzhaft. Es sei damals zu Hustenattacken mit einem vernichtenden, lanzierenden pfählenden Schmerz mit stärksten brennenden Missempfindungen über der Schulterkuppe links gekommen. In der Folge seien die Schmerzen zurückgegangen und es sei zu einer massiven Bewegungseinschränkung/Schwäche des Arms gekommen. Die Schmerzen strahlten von paracervikal links über die vordere Schulterregion in den Arm und teilweise die Finger aus (IV-act. IV-act. 114-40, 42). Aktuell bestehe weiterhin ein diffuser Dauerkopfschmerz, holocran, von meist geringer Schmerzintensität, die zunehme, wenn er rasche Kopfbewegungen ausführe (IV-act. 114-40, 41).

2.1.3. Der Beschwerdeführer beklagt weiter seit dem 17. Lebensjahr bestehende Schmerzen in der Achillessehne rechts und links (IV-act. 114-4; vgl. IV-act. 114-20: Achillessehnenentzündungen). Seit ca. sechs Jahren leide er an Gichtbeschwerden, anfangs an den Zehen und Fussgelenken und inzwischen an den Fingergelenken beidseits (IV-act. 114-20).

2.1.4. Im Zusammenhang mit den zunehmenden körperlichen Beschwerden und psychosozialen Problemen habe sich das psychische Zustandsbild seit etwa September 2015 verschlechtert und er habe seit ca. November 2016 keine Kraft mehr. Bis dahin habe er versucht zu kämpfen und einen Ausweg gesucht. Eine anfängliche Wut sei inzwischen in Resignation übergegangen (IV-act. 114-20). Er habe keine Lust, keine Freude, keine Unternehmungslust und brauche für alle Tätigkeiten eine extreme Überwindung. Er habe keine Kraft mehr, nachdem er das Leben lang gekämpft und inzwischen alles verloren habe. Infolge der starken Schmerzen sei er wiederholt unruhig und reagiere vor Terminen mit Panikattacken mit thorakaler Enge und Atemnot. Die Konzentration sei schwierig, da er im Denken durch die Schmerzen abgelenkt und eingeeengt sei. Er sei inzwischen nicht mehr vermehrt nachdenklich und habe keine Zukunfts- oder Existenzängste mehr, da er alles verloren habe. Er habe ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen und sei mitunter die ganze Nacht wach. Dann schlafe er aus Erschöpfung zwischen einer und 24 Stunden. Sein Selbstwertgefühl sei stark vermindert und er habe kein Selbstvertrauen mehr (IV-act. 114-19). Er sei seit etwa November 2016 in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung etwa einmal pro Monat (IV-act. 114-20, 24).



2.2. Der orthopädische Gutachter führt zu den ausstrahlenden Beschwerden der LWS aus, im MRI-Befund seien lediglich leichte Spondylarthrosen L4 bis S1 sichtbar. Bei radiologisch fehlender neuraler Kompression könne weder die Ausstrahlung der Schmerzen in die Achillessehne beidseits noch die gelegentliche Gefühllosigkeit beider Beine erklärt werden (IV-act. 114-10). Der neurologische Gutachter beschrieb klinisch ein S1-Ausstrahlungsmuster rechts und ordnete die geklagten Beschwerden infolge fehlender Neurokompression einem Residualsymptom einer älteren, dorsalen sensiblen S1-Nervenkompression zu. Nachvollziehbar seien die dorsalen Anteile der klinisch erfassten Sensibilitätsstörungen, nicht aber die angegebenen diffusen Beinschmerzen links (IV-act. 114-50 f.). Hinsichtlich der Nacken- und Schulterbeschwerden wurden bildgebend Nervenwurzeldeviationen C4 links und C6 rechts sowie eine SLAP-Läsion II in der rechten Schulter objektiviert (IV-act. 114-10). Die Schmerzen in der Schulter und die pathologischen objektiven Befunde könnten durch die im MRI dargestellte SLAP-Läsion II mindestens teilweise objektiviert werden. Das Ausmass der pathologischen objektiven Befunde sei jedoch mit dem MRI-Befund nur unvollständig nachvollziehbar (IV-act. 114-10). Der neurologische Gutachter äussert hierzu, aufgrund der MRI-Untersuchung sei eine radikuläre Schmerzkomponente im Bereich des rechten Armes nachvollziehbar (IV-act. 114-50). Die beklagte Symptomatik gehe aber darüber hinaus. Sie sei klinisch nahezu vollständig überlagert von einer diffusen, gesamthaften Schmerzausweitung im Bereich der oberen rechten und neu seit Januar 2018 auch linken Extremität, indem als diffus zu bewertende Ausstrahlungsbeschwerden in Form von fluktuierend schmerzhaft sakkadierten und allesamt submaximalen muskulären Willkürinnervationen beider Arme beklagt und präsentiert würden (IV-act. 114-50 f.). Der orthopädische und der neurologische Gutachter kommen übereinstimmend zur Einschätzung, in der bisherigen Tätigkeit bestehe aufgrund der diagnostizierten Gesundheitsschäden eine Arbeitsfähigkeit von 60 %, wobei der neurologische Gutachter hierbei auch die (orthopädisch nicht zu berücksichtigende) S1-Residualsymptomatik mit einbezieht (IV-act. 114-11, IV-act. 114-51). In angepassten Tätigkeiten attestieren beide Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 114-11; IV-act. 114-52). Der orthopädische Gutachter bezeichnet körperlich leichte Tätigkeiten, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufig inklinierte, reklinierte und rotierte Kopfhaltungen und ohne Arbeiten über der Horizontalen als adaptiert (IV-act. 114-11). Der neurologische Experte umschreibt schwere, die Wirbelsäule statisch und dynamisch sowohl im Bereich der oberen als auch der unteren Extremität belastende Arbeiten als unzumutbar (IV-act. 114-50 f.). Leidensangepasst seien Tätigkeiten mit geringem Belastungsprofil vor allem im Bereich der oberen Extremität mit nur kurzzeitigen, leichten Hebe-/Tragearbeiten, zumeist sitzend und mit stetiger Möglichkeit zur Wechselhaltung (IV-act. 114-52). Hinsichtlich der Schmerzen in den



Achillessehnen bemerkt der orthopädische Gutachter, diese könnten nicht näher definiert werden (IV-act. 114-4). Von Seiten behandelnder Ärzte waren eine Verdickung beziehungsweise Druckdolenzen im Bereich der Achillessehnen (Bericht Dr. D.____ vom 8. Februar 2016, IV-act. 15-3 f.; Berichte Dr. C.____ vom 9. Mai 2015, IV-act. 65-9 ff. und vom 22. August 2016, IV-act. 65-7 f.) sowie Schwellungen und Schmerzen bzw. Arthritisschübe im rechten und nach vorübergehender Besserung nach Infiltration auch wieder im linken Sprunggelenk (Arztbericht Dr. D.____ vom 16. Juni 2016, IV-act. 31; Berichte Dr. C.____ vom 22. August 2016, IV-act. 65-7 f., und vom 16. März 2017, IV-act. 65-2 ff.) beschrieben worden. Klinisch erhob der orthopädische Gutachter Druckdolenzen der Peronealsehnen, Achillessehnen und der Tibialis posterior Sehnen rechts und links, jedoch eine ungestörte Funktionalität dieser Sehnen und keine OSG-Bandinstabilitäten (IV-act. 114-7) und diagnostizierte eine Achillodynie beidseits sowie eine Gicht (IV-act. 114-9 f.). Der internistische Gutachter führt aus, trotz jetzt normalisierter Harnsäure im Serum träten gemäss Angaben des Beschwerdeführers immer wieder akute Arthritisschübe in beiden Grosszehengrundgelenken und im linken OSG auf. Er diagnostiziert eine Arthritis urica (Gicht), welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke (IV-act. 114-55). Letzteres erscheint auch hinsichtlich der Achillessehnenbeschwerden plausibel, da diese gemäss Angaben des Beschwerdeführers seit seinem 17. Lebensjahr bestehen, ohne seine Arbeitsfähigkeit bis zum Mai 2015 längerfristig eingeschränkt zu haben. Die das internistische, orthopädische und neurologische Fachgebiet betreffenden Einschätzungen erscheinen schlüssig und nachvollziehbar. Dabei können, wie aufgezeigt, die angegebenen Beschwerden aus rein somatischer Sicht nur teilweise objektiviert werden.

2.3. Der Beschwerdeführer bringt gegen das psychiatrische Gutachten vor, dieses sei unvollständig bzw. der Gesundheitszustand sei ungenügend abgeklärt worden. Zunächst hätte eine neuropsychologische Abklärung erfolgen müssen. Weiter seien die massiven Schlafstörungen nicht berücksichtigt worden. Es fehle eine schlüssige Begründung, weshalb die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben sollte. Schliesslich finde die integrierte psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung nicht einmal monatlich, sondern in ein- bis zweiwöchentlichen Intervallen statt.

2.3.1. Der psychiatrische Gutachter diagnostiziert eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), die keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit begründe (IV-act. 114-26 f., 62 f.). Die Diagnosen erscheinen mit Blick auf den Befund (IV-act. 114-25 f.) und die vom



Beschwerdeführer angegebenen, somatisch teilweise nicht objektivierbaren Schmerzen (vgl. IV-act. 114-28 f.) schlüssig und nachvollziehbar. Der Gutachter führt aus, im Zusammenhang mit einer zunehmenden LWS-Schmerzsymptomatik und psychosozialen Problemen mit Arbeitslosigkeit habe der Beschwerdeführer etwa im September 2015 eine rezidivierende depressive Störung mit anhaltender mittelgradiger depressiver Episode seit etwa November 2016 entwickelt. Damit bestehe keine von den Schmerzen unabhängige oder verselbständigte depressive Erkrankung (IV-act. 114-28 f.). Es liessen sich an psychosozialen Faktoren Arbeitslosigkeit mit fehlendem Einkommen und Abhängigkeit vom Sozialamt erheben, die negative funktionelle Folgen zeigten und sich ungünstig auf die depressive Störung auswirkten, jedoch nicht als alleinige Ursache in Betracht kämen (IV-act. 114-30). Somit ist ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nicht deswegen zu verneinen, weil er überwiegend durch psychosoziale Faktoren verursacht oder unterhalten werde. Auch berücksichtigt der psychiatrische Gutachter das Vorhandensein von Komponenten der Verdeutlichung bzw. Hinweisen auf eine Aggravation (IV-act. 114-29), jedoch ohne diesen ein Ausmass zuzuschreiben, welches eine Invalidität ausschliessen würde.

2.3.2. Der Beschwerdeführer beklagte mehrfach kognitive Einschränkungen wie mangelnde Konzentrationsfähigkeit und Vergesslichkeit, so auch anlässlich der Begutachtung (Konsiliarische Beurteilung Dr. med. P.____, Neurologie FMH, vom 26. August 2015, IV-act. 92-19 f.; Bericht Dr. C.____ vom 9. Mai 2016, IV-act. 65-9 ff.; Arztbericht med. pract. I.____ vom 18. September 2017 [Eingang], IV-act. 92-2 ff.). Dr. P.____ hielt fest, falls die beklagten neuropsychologischen Funktionsstörungen sich mit Rückgang der Schmerzen nicht zurückbilden würden, sei eine neuropsychologische Untersuchung zu empfehlen (IV-act. 92-20), Dr. C.____ wies darauf hin, dass eine solche in Frage komme (IV-act. 65-12). Die Ärzte des Psychiatriezentrums Rorschach berichteten am 8. Mai 2017, die Aufmerksamkeit sei ungestört, es bestünden keine ausgeprägten mnesticen Defizite, wobei anamnestisch mnesticen Störungen beschrieben würden (IV-act. 82-3). Eine neuropsychologische Untersuchung wurde nicht vorgeschlagen. Im Bericht vom 13. Oktober 2017 wurde der aktuelle psychopathologische Befund als unverändert angegeben (IV-act. 94-2). RAD-Ärztin Dr. E.____ hielt in der Stellungnahme vom 23. Oktober 2017 fest, die vom Rheumatologen und der Neurologin vorgeschlagene neuropsychologische Abklärung sei nicht durchgeführt worden, der Beschwerdeführer beklage jedoch weiterhin Konzentrationsstörungen und Erschöpfung. Ob eine neuropsychologische Abklärung nötig sei, liege im Ermessen der Gutachter (IV-



act. 99-1; IV-act. 102). Der psychiatrische Gutachter erhob eine weitgehend intakte Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit trotz subjektiver Konzentrationsschwierigkeiten (IV-act. 114-26, 28). Somit erscheint nachvollziehbar, dass er keine neuropsychologische Abklärung veranlasste. In seine Beurteilung einbezogen hat er sodann auch, dass der Beschwerdeführer ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen angebe, indem er wiederholt die ganze Nacht über wach sei und tagsüber schlafe, wobei Biorhythmusstörungen verneint würden (IV-act. 114-29), wenngleich er die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich mit den Folgen der rezidivierenden depressiven Störung begründet (IV-act. 114-31). Indem der Gutachter die Schlafstörungen im Kontext der Depressionssymptomatik erwähnt (IV-act. 114-28 f.), ist anzunehmen, dass er sie in der Beurteilung der durch die Depression begründeten Funktionseinschränkungen einbezogen hat. Was die Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung anbelangt, führt der psychiatrische Gutachter aus, dass die depressive Erkrankung nicht von den Schmerzen unabhängig oder verselbständigt sei (IV-act. 114-29). Es erscheint daher schlüssig, dass die somatoforme Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit nicht weitergehend einschränkt als die Depression.

2.3.3. Was die Häufigkeit der ambulanten Therapien im Psychiatriezentrum Rorschach anbelangt, wurden im Arztbericht vom 8. Mai 2017 wöchentlich bis zweiwöchentlich stattfindende Behandlungseinheiten angegeben (IV-act. 82-3). Dem Verlaufsbericht vom 13. Oktober 2017 ist diesbezüglich lediglich zu entnehmen, dass die ambulante Therapie fortzuführen sei (IV-act. 94-3). Der psychiatrische Gutachter erhob anamnestisch, der Beschwerdeführer befinde sich seit etwa November 2016 in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung beim psychiatrischen Zentrum Rorschach, etwa einmal pro Monat (IV-act. 114-20). Demnach ist davon auszugehen, dass das Therapieintervall spätestens zwischen Oktober 2017 und der Begutachtung am 20. Dezember 2017 reduziert wurde. Da sich jedoch der psychologische Befund zwischen Mai und Oktober 2017 nicht veränderte (vgl. Bericht Psychiatriezentrum Rorschach vom 13. Oktober 2017, IV-act. 94), kann aus der Abnahme der Therapiehäufigkeit nicht auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands geschlossen werden.

2.4. Zu den funktionellen Einschränkungen führt der psychiatrische Gutachter aus, aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgrade Episode, seien emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, Antrieb, Interessen, Motivation und Dauerbelastbarkeit erheblich beeinträchtigt (IV-act. 114-31). Als Komorbidität kommen die Schmerzen hinzu, soweit sie somatisch erklärbar sind, wobei aber die



Arbeitsfähigkeit primär durch das psychische Leiden eingeschränkt ist (vgl. IV-act. 114-64), was aufgrund dessen, dass die körperlichen Beschwerden lediglich teilweise durch objektive Befunde erklärbar sind, einleuchtet. Zur Persönlichkeit hält der Gutachter fest, es liessen sich keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung erheben. Damit erschienen die Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung, Impulskontrolle, Intentionalität und Antrieb vor allem durch die depressive Störung beeinträchtigt (IV-act. 114-28, 29). Der Beschwerdeführer berichtet über eine sehr zurückgezogene Lebensweise bei unregelmässigem Tag-/ Nachtrhythmus. Er lebe alleine und sei seit Sommer 2016 mit einer als Hotelfachfrau tätigen Italienerin befreundet, die in Italien lebe und ihn tage- oder wochenweise besuche. Die Beziehung sei durch die gesundheitlichen Probleme belastet. Weiter habe er gute Kontakte zu einer Nachbarin und seiner Mutter, die ihn beim Einkaufen bzw. im Haushalt unterstützten (vgl. IV-act. 114-22, 30, 42, 44). Somit sei doch von gewissen Ressourcen auszugehen (vgl. IV-act. 114-32).

2.5. Zur Konsistenz wird ausgeführt, die berichteten und beklagten Beschwerden seien in sich überwiegend konsistent und es liessen sich keine wesentlichen Diskrepanzen oder Widersprüche erheben. Der Beschwerdeführer erwecke einen leidenden Eindruck und weise wiederholt demonstrativ auf seine Beschwerden hin (IV-act. 114-42). Es bestünden Verdeutlichungstendenzen und damit Hinweise für eine Aggravation mit Verdacht auf einen sekundären Krankheitsgewinn (IV-act. 114-29). Der orthopädische Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer habe die lumbalen Schmerzen, die Schulterschmerzen und die Schmerzen in der Achillessehne nicht näher beschreiben können (IV-act. 114-4). Bei der Untersuchung habe er sich äusserst schmerzempfindlich präsentiert und teilweise ungenügend mitgearbeitet (IV-act. 114-6 f.). Weiter sei ihm aufgefallen, dass die Flexion/ Extension der Hüfte während der Untersuchung schlechter gezeigt worden sei als beim anschliessenden Ankleiden (IV-act. 114-7). Er kommt zum Schluss, insgesamt zeigten sich Zeichen einer Aggravation (IV-act. 114-10). Im Gegensatz zum orthopädischen Gutachter beschreibt der neurologische Experte die Beschwerden recht detailliert (IV-act. 114-40 ff.), was auf genauere Angaben des Beschwerdeführers zumindest auf Nachfrage hin schliessen lässt. Auch er berichtet jedoch, der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung gestöhnt und sei aufgestanden (IV-act. 114-45 f.). Beim so genannten Rombergversuch habe sich die Standsicherheit unter Ablenkung normalisiert (IV-act. 114-48). Aus psychiatrischer Sicht sei eine relativ gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen zu erheben gewesen (IV-act. 114-31). Schliesslich waren die angegebenen Medikamente Ciprallex, Indocid und Pregabalin im Serumspiegel kaum oder nicht nachweisbar (vgl. IV-act. 114-26, 30). Insgesamt stellen die Gutachter somit



Diskrepanzen zwischen den geltend gemachten Beschwerden einerseits und den objektivierbaren Beschwerden, der Angemessenheit der Behandlung und dem Verhalten anlässlich der Untersuchungen andererseits fest. Für einen Leidensdruck spricht, dass der Beschwerdeführer die Infiltrationen ins rechte OSG vom 31. August 2015 (Fremdakten act. 1-6) und den Sakralblock und die Facettengelenksinfiltration L5/S1 vom 17. Februar 2017 (IV-act. 71) wegen seiner Angst vor Spritzen unter Narkose durchführen liess. Unter Berücksichtigung der beschriebenen Inkonsistenzen bzw. Hinweisen auf eine Aggravation und der beteiligten psychosozialen Faktoren erscheint die Attestierung einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nachvollziehbar.

3.

3.1. RAD-Psychiater N.____ nahm zunächst Stellung, die im psychiatrischen Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit könne übernommen werden. Im Rahmen einer interdisziplinären Besprechung mit der beteiligten RAD-Ärztin Dr. E.____ sowie der Sachbearbeitung und dem Rechtsdienst vom 30. Mai 2018 wurde festgehalten, im Rahmen der Indikatorenprüfung könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, da der Versicherte die verordnete psychiatrische Medikation nicht eingenommen habe (IV-act. 115). Der Rechtsdienst äusserte in einer für die Rentenprüfung zusätzlich verfassten juristischen Stellungnahme am 6. Juli 2018 im Wesentlichen, aus Sicht der Rechtsanwendung sei im Lichte der Indikatoren zu prüfen, ob die von den Gutachtern attestierten Arbeitsfähigkeiten auch rechtlich relevant seien. Aus rechtlicher Sicht könne von der medizinischen Einschätzung abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliere. Vorliegend erlaube die medizinische Aktenlage eine schlüssige Beurteilung im Lichte der Standardindikatoren. In Gesamtbetrachtung seien die im MGSG-Gutachten postulierten funktionellen Auswirkungen der erhobenen Befunde, namentlich des nicht adäquat behandelten depressiven Leidens, auf die Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend erstellt. Damit sei kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen (IV-act. 121).

3.2. Die Beschwerdegegnerin weicht damit von der gutachterlichen Einschätzung ab, welche unter Zugrundelegung des strukturierten Beweisverfahrens bzw. der nach diesem massgeblichen Indikatoren erfolgte. Hierzu ist anzumerken, dass eine juristische Parallelbeurteilung der Arbeitsfähigkeit nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ausgeschlossen ist, wenn die Gutachter in ihrer Beurteilung die Standardindikatoren berücksichtigt haben: Die Rechtsanwender prüfen insbesondere, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen



der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Zwar obliegt somit die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Rechtsanwendung (BGE 144 V 53 E. 4.3; Urteile vom 15. März 2018, 8C_604/2017, E. 3.2 und vom 24. Mai 2018, 8C_431/2017, E. 3.4). Recht und Medizin tragen (jedoch) je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281, E. 5.2., E. 5.5 und E. 8; BGE 144 V 54, E. 4.3). Ärztlicherseits ist substantiiert darzulegen, aus welchen medizinischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Berücksichtigen die Experten die in BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend, hat ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung auch aus Sicht des Rechtsanwenders Bestand. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (BGE 145 V 368 f., E. 4.3). Solche sind vorliegend nicht ersichtlich gemäss den vorstehenden Erwägungen bzw. der dort wiedergegebenen nachvollziehbaren Indikatorenprüfung sowie Schlussfolgerungen der Gutachter.

3.3. Zuletzt weicht der RAD auch in eigentlich medizinischer Hinsicht von den Gutachtern ab: Während gemäss psychiatrischem Gutachten unter optimaler Behandlung lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erreicht werden könne, scheint der RAD interdisziplinär davon auszugehen, es könne bei adäquater Behandlung von der Wiedererlangung einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (vgl. IV-act. 115-5), ohne dies zu begründen. Hierfür wäre aber eine Stellungnahme der Gutachter und gegebenenfalls ein weiteres Gutachten einzuholen gewesen (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2014, 8C_874/2013, E. 3.3). Schliesslich führt eine Aggravation nur insoweit zur Verneinung einer versicherten Gesundheitsschädigung, als die Leistungseinschränkung auf der Aggravation beruht (Urteil des Bundesgerichts vom 12. März 2019, 9C_501/2018, E. 5.1). Mithin ist gesamthaft entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit bzw. vom Fehlen eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens auszugehen.

3.4. Es bleibt darüber zu befinden, ob gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen von einer 60%igen oder einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Der



psychiatrische Gutachter führt aus, die Verbesserung des Gesundheitszustandes könne unter Intensivierung der therapeutischen Massnahmen innerhalb eines Jahres, allerdings in Abhängigkeit von weiteren psychosozialen Faktoren, erwartet werden (IV-act. 114-35). Dabei handelt es sich um eine längerfristige und entsprechend unsichere Prognose. Zudem ist der psychiatrische Gutachter offenbar davon ausgegangen, dass seit jeher lediglich monatlich Therapiesitzungen stattgefunden hätten, während diese jedoch über längere Zeit in wöchentlich bis zweiwöchentlichem Rhythmus erfolgten (vgl. IV-act. 82-3; E. 2.3.2). Ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG wurde nicht durchgeführt. Demzufolge ist mit den Gutachtern von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Erst nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens und einer Revision gemäss Art. 17 ATSG kann gegebenenfalls von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

4.

4.1. Der Beschwerdeführer war ab 26. Mai 2015 zu 100 % bzw. 50 % arbeitsunfähig (Fremdakten, act. 1-3) und meldete sich am 7. März 2016 zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Demnach besteht ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. September 2016 (Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

4.2. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Abkanter bei der Firma B.____ erzielte der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2015 ein Jahreseinkommen von 13 x Fr. 5'350.-- = Fr. 69'550.-- (Angaben Arbeitgeberin vom 4. April 2016, IV-act. 17-3). Die Kündigung erfolgte durch die Arbeitgeberin aus wirtschaftlichen Gründen, wobei sie angab, es sei ihr keine Einschränkung bekannt gewesen, die zum Antrag einer IV-Rente veranlassen würde (IV-act. 17-7 f.). Somit kann nicht angenommen werden, der Beschwerdeführer wäre ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin an dieser Arbeitsstelle tätig gewesen. Gemäss seinem Lebenslauf schloss der Beschwerdeführer eine Lehre als Bäcker/Konditor ab, arbeitete aber danach nie in diesem Beruf, sondern als Dachdecker, Chauffeur, Lagerist, als Material- und Transportverantwortlicher und im Bereich Arbeits-/Auftragsvorbereitung (AVOR; IV-act. 26). Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK) erzielte er unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2015 folgende Jahreseinkommen: 2014: (Fr. 275.-- + Fr. 6'363.-- + Fr. 56'361.--) : 2220 x 2226 = Fr. 63'169.--; 2013: (Fr. 11'773 + Fr. 64'611.-- + Fr. 2'577.--) : 2204 x 2226 = Fr. 79'749.--; 2012: (Fr. 42'683.-- + Fr. 10'356.-- + Fr. 21'518.--) : 2188 x 2226 = Fr. 75'881.--; 2011: (Fr. 50'879.-- + Fr. 8'580.--) : 2171 x 2226 = Fr. 60'965.--, was unter Einbezug des Jahreseinkommens 2015 von Fr. 69'550.-- einen Durchschnitt von Fr. 69'857.-- ergibt.



4.3. Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE)/Lohnentwicklung 2015 des Bundesamtes für Statistik (BFS), Median Kompetenzniveau 1, Männer, auszugehen. Er beträgt Fr. 66'633.-- Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019, Anhang 2). Entsprechend einer 60%igen Arbeitsfähigkeit beläuft er sich auf Fr. 39'980.--. Aus Sicht der Gutachter ist eine körperlich leichte Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte, ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung sowie abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Kopfhaltungen und ohne Arbeiten über der Horizontalen angepasst (IV-act. 114-63). Aufgrund dieser somatischen und psychischen Einschränkungen erscheint ein Tabellenlohnabzug von höchstens 10 % begründet. Damit beträgt das Invalideneinkommen Fr. 35'982.--, und es resultiert ein Invaliditätsgrad von 48,5 %. Damit hat der Beschwerdeführer ab 1. September 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.4. Aus orthopädischer Sicht lag vom 27. März bis 30. Juni 2017 infolge postoperativer Rehabilitation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten vor (IV-act. 114-11). Der Beschwerdeführer hat daher in Anwendung von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) befristet vom 1. Juli bis 30. September 2017 Anspruch auf eine ganze Rente.

5.

5.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 8. November 2018 aufzuheben und dem Beschwerdeführer vom 1. September 2016 bis 30. Juni 2017 eine Viertelsrente, vom 1. Juli bis 30. September 2017 eine ganze Rente und ab 1. Oktober 2017 eine Viertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen im vorliegenden Fall von einem vollständigen Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen ist (Urteil des



St.Galler Gerichte

Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C_288/2015, E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat daher die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

5.3. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (Sgs 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat eine Kostennote eingereicht. Sie macht einen Aufwand von 20,32 Stunden und ein Honorar von Fr. 5'690.-- geltend und führt zur Begründung des Aufwands den Umfang des 123 Seiten umfassenden medizinischen Gutachtens an. Hierzu ist festzuhalten, dass das eigentliche Gutachten 66 Seiten umfasst und danach die Teilgutachten mit identischem Inhalt nochmals abgedruckt sind. Der Umfang ist jedoch gegenüber dem Üblichen insoweit erhöht, als das Gutachten keinen seitenlangen Aktenauszug enthält und der Beschwerdeführer verschiedene Beschwerden aufweist. Insgesamt ist aufgrund der gegenüber einem üblichen Fall leicht erhöhten Komplexität aufgrund der Bedeutung der Streitsache und des Aufwands des Beschwerdeführers eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 8. Oktober 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird vom 1. September 2016 bis 30. Juni 2017 eine Viertelsrente, vom 1. Juli bis 30. September 2017 eine ganze Rente und ab 1. Oktober 2017 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.



3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.