

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/523 vom 8. November 2016**

Sg Versicherungsgericht, 2016-11-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publikationen\\_IV\\_2013\\_523](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2013_523)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/523 du 8 novembre 2016

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/523 del 8 novembre 2016

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Abstellen auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Gutachter und des behandelnden Psychiaters. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychiatrischer Sicht hat der Versicherte Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. November 2016, IV 2013/523). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_793/2016.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt. Strittig ist demnach, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat oder nicht. 1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

### **E. 2**

2.1 Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. 2.2 Das Versicherungsgericht hat in seinem Rückweisungsentscheid vom 7. Mai 2012 erwogen, es stehe mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in der massgebenden Zeit nach Ablauf des Wartejahres, d.h. ab 1. August 2008, aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig gewesen sei. Allerdings sei der Verlauf nach der Ende 2008 durchgeführten bidisziplinären Begutachtung bis zum Verfügungserlass (1. April 2010) unklar. Dr. C.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 21. Juni 2016 erklärt, dass rückwirkend betrachtet ab dem Jahr 2007/2008 nicht nur eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, sondern eine depressive Störung bestanden habe, die mit einer 50 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einhergegangen sei. Med. pract. I.\_\_\_\_ ist der Schiessunfall bei der Ausfertigung ihres psychiatrischen Teilgutachtens (Dezember 2008) nicht bekannt gewesen. Der psychiatrische Gutachter Dr. P.\_\_\_\_ hat im Medas-Gutachten vom Mai 2013 erklärt, dass die mit dem traumatischen Ereignis einhergehenden Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung eher gering ausgeprägt seien, weshalb sich diese kaum direkt, sondern vor allem indirekt durch die Depression und die Schmerzen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken dürften. Dr. C.\_\_\_\_ hat am 13. März 2008 gegenüber dem RAD angegeben, dass die depressive Episode gegenwärtig remittiert sei. Eine Schmerzstörung oder ein ähnliches Leiden hat er nicht diagnostiziert. Med. pract. I.\_\_\_\_ hat bei der Begutachtung im September 2008 ebenfalls keine depressive Symptomatik mehr feststellen können. Auch für das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung hat sie zum damaligen Zeitpunkt keine Anhaltspunkte finden können. Die retrospektive Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_, dass bereits ab dem Jahr 2007/2008 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden habe, überzeugt vor dem Hintergrund, dass med. pract. I.\_\_\_\_ anlässlich ihrer Untersuchung keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Depressionssymptome hat erheben können, nicht. Demzufolge ist weiterhin an den Erwägungen des Entscheides vom 7. Mai 2012 festzuhalten: Der Beschwerdeführer ist in der Zeit ab März 2008, d.h. ab dem Zeitpunkt, als die Depression gemäss dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 13. März 2008 remittiert gewesen ist, aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voll arbeitsfähig gewesen. Somit bleibt noch der Verlauf der Arbeitsfähigkeit für die Zeit nach der bidisziplinären Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_ und med. pract. I.\_\_\_\_, d.h. ab Januar 2009 bis und zum Verfügungserlass (16. September 2013), zu beurteilen.

2.3 In somatischer Hinsicht hat Dr. H.\_\_\_\_ im Gutachten vom Dezember 2008 unter anderem einen Verdacht auf eine Spondarthropathie angegeben. Dieser Verdacht hat sich nicht bestätigt, denn Dr. L.\_\_\_\_ ist im Medas-Gutachten vom 29. Mai 2013 zum Schluss gekommen, dass eine axiale Spondarthropathie als Ursache für die Wirbelsäulenbeschwerden sehr unwahrscheinlich sei. Beide rheumatologischen Gutachter haben die Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit auf 100 % geschätzt. Dr. L.\_\_\_\_ ist sogar davon ausgegangen, dass dem Beschwerdeführer gelegentlich schwere Arbeiten zumutbar seien. Divergierende Arbeitsfähigkeitsschätzungen liegen nicht im Recht. Der Beschwerdeführer hat bis März 2003 als Gruppenleiter Produktion (Schichtarbeit) gearbeitet. Offenbar auf Anraten der Suva hat er diese Tätigkeit aufgegeben und betriebsintern in die Spedition gewechselt (siehe Bericht der Klinik Valens vom 24. Oktober 2007). Demzufolge handelt es sich bei der Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion, und nicht bei jener in der Spedition/im Lager, um die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers. Die Arbeit als Gruppenleiter Produktion hat die Überwachung der Maschinenbedienung, Korrekturen und Fehlerkontrolle beinhaltet (z.B. Kontrolle der Fläschchen auf Sprünge, IV-act. 130-27). Hierbei hat es sich also nicht um eine körperlich schwere Tätigkeit gehandelt. Allerdings ist

die Arbeit in der Produktion lärmbelastend gewesen. Wegen seines Tinnitus darf der Beschwerdeführer gemäss der HNO-Gutachterin Dr. N.\_\_\_\_ nicht mehr in lärmiger Umgebung arbeiten. Aus somatischer Sicht ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion daher spätestens seit dem Jahr 2003 (Wechsel in die Spedition wegen des Tinnitus) voll arbeitsunfähig. Zu prüfen bleibt, ob es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter um eine adaptierte Tätigkeit gehandelt hat. Die Medas-Gutachter haben erklärt, dass die Tätigkeit als Maschinenführer/Lagerist/Staplerfahrer nicht mehr zumutbar sei, weil diese Tätigkeit gemäss dem Beschwerdeführer ebenfalls enorm lärmbelastet sei und man über ein gutes Gehör verfügen müsse. Der Beschwerdeführer hat ja gerade deshalb in die Spedition gewechselt, weil ihm die Lärmbelastung in der Produktion zu gross gewesen ist, weshalb das Argument mit der Lärmbelastung nicht überzeugt. Allerdings ist nachvollziehbar, dass man als Maschinenführer/ Staplerfahrer über ein gutes Gehör verfügen muss. Bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Spedition/im Lager handelt es sich somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um eine optimal adaptierte Tätigkeit. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren Hilfsarbeit ohne Lärmbelastung, ohne Arbeiten auf Gerüsten und Leitern und an gefährlichen Maschinen und ohne ausschliesslich im Freien auszuübende Tätigkeiten ab Januar 2009 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig gewesen ist. 2.4 Zu prüfen bleibt die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab Januar 2009. Der psychiatrische Gutachter Dr. P.\_\_\_\_ hat als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom, einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angegeben. 2.4.1 Dr. P.\_\_\_\_ hat erklärt, dass eine vertiefte Abklärung notwendig gewesen wäre, um die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung definitiv stellen zu können. Er hat dies jedoch nicht für notwendig erachtet, da die Störung eher gering ausgeprägt sei und deshalb kaum einen direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Diagnose wirke sich vor allem indirekt durch die Depression und die Schmerzen aus. Der langjährige behandelnde Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ hat keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Mit Dr. P.\_\_\_\_ ist daher davon auszugehen, dass sich die Folgen des traumatisierenden Erlebnisses höchstens indirekt, d.h. über die depressiven Symptome und die Schmerzen, auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. 2.4.2 Im Gegensatz zu Dr. P.\_\_\_\_ hat Dr. C.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung und nicht nur eine depressive Episode diagnostiziert. Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass sich eine depressive Episode von einer depressiven Störung hauptsächlich hinsichtlich ihrer Dauer, nicht aber bezüglich der Schwere der Erkrankung unterscheidet. Im Übrigen hat Dr. P.\_\_\_\_ ebenfalls von einer rezidivierenden Depression gesprochen. Dr. P.\_\_\_\_ hat erklärt, dass die depressive Symptomatik (naturgemäss) Schwankungen unterworfen sei und den durchschnittlichen Schweregrad auf mittelgradig eingeschätzt. Dr. J.\_\_\_\_ hat die Depression im September 2011 als mittelgradig eingestuft, Dr. C.\_\_\_\_ im Juni 2012 als mittel- bis schwergradig. In seinem Bericht vom März 2014 hat Dr. C.\_\_\_\_ erklärt, dass der Zustand in den letzten Monaten auf mittlerem Niveau einigermassen stabil gewesen sei. Dr. P.\_\_\_\_ und die behandelnden Psychiater sind somit übereinstimmend von einem durchschnittlich mittleren Schweregrad der Depression ausgegangen. 2.4.3 Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden

geändert (vgl. z.B. IV-Rundschreiben Nr. 334). Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten haben durch die Praxisänderung nicht per se ihren Beweiswert verloren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten ■ gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten ■ eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob das Medas-Gutachten resp. das Teilgutachten von Dr. P.\_\_\_\_ mit Bezug auf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine schlüssige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit im Lichte der neuen Rechtsprechung erlaubt.

2.4.4 Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 die bisherige Vermutung, dass der versicherten Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens überwunden werden könnten, aufgegeben. Neu muss eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens erfolgen. Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden; es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste". Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind:

1. Funktioneller Schweregrad: - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; - Behandlungserfolg oder -resistenz; - Komorbiditäten; - "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen); - sozialer Kontext.
2. Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens): - Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (sozialer Rückzug, Ressourcen); - Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen; - Verhalten im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung.

Der Beschwerdeführer hat anlässlich der Begutachtung über Schmerzen im Nacken, im Hinterkopf, über Kopfschmerzen, über Schmerzen in den Fingern, in der rechten Schulter, im Kreuz, im Bauch, in den Fersen und von den Knien an abwärts geklagt. Zudem leide er an einer chronischen Müdigkeit. Trotzdem ist der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben in der Lage, zwei bis dreimal pro Woche schwimmen zu gehen (IV-act. 130-29), kurze Spaziergänge zu machen und gewisse Haushaltsarbeiten (z.B. staubsaugen) zu erledigen (IV-act. 130-73). Da der Beschwerdeführer seinen Alltag trotz der geklagten Schmerzen und der angegebenen chronischen Müdigkeit recht aktiv gestaltet, ist von einer leichten Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome auszugehen. Dr. H.\_\_\_\_ hat im Gutachten vom Dezember 2008 angegeben, dass eine Selbstlimitierung bestehe. Im Medas-Gutachten vom Mai 2013 sind demgegenüber keine Angaben zum Vorliegen einer allfälligen Selbstlimitation gemacht worden. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass eine allfällige Verdeutlichung der Beschwerden oder Selbstlimitation geringfügig ausgeprägt ist und daher kein Ausschlusskriterium ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Der Beschwerdeführer befindet sich seit Anfang 2008 in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Ein therapieresistenter Zustand hat – zumindest im Verfügungszeitpunkt – jedoch nicht bestanden. Gemäss Dr. P.\_\_\_\_ sind die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft. In Bezug auf die Persönlichkeit hat Dr. P.\_\_\_\_ keine pathologischen Auffälligkeiten erheben können. Insbesondere hat er keine Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gefunden (IV-act. 130-78). Mit

der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass die Kooperation und die Eigeninitiative des Beschwerdeführers darauf hindeuten, dass er über gewisse Ressourcen verfügt, die sich positiv auf sein Leistungsvermögen auswirken. Zwar besteht mit der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode eine psychische Komorbidität. Angesichts der Tatsache, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nur leicht ausgeprägt sind, kein therapieresistenter Zustand besteht und auf der Persönlichkeitsebene erhebliche Ressourcen vorhanden sind, ist es dem Beschwerdeführer trotzdem zumutbar, die von ihm empfundenen Schmerzen willentlich zu überwinden und einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Die Schlussfolgerung von Dr. P. \_\_\_\_, dass die Schmerzstörung eine gewisse Einschränkung der Willenskraft zu bewirken vermöge, überzeugt somit vor dem Hintergrund der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht. Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, ist dies jedoch im vorliegenden Fall nicht relevant, da bereits aufgrund der depressiven Symptomatik eine 50 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht.

2.4.5 Das Bundesgericht hat in seinem Urteil vom 14. Oktober 2016 (9C\_530/2016) erwogen, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur praxisgemäss einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fielen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Nur in dieser – seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar seien – gesetzlich verlangten Konstellation sei den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG Genüge getan. Zudem müsse die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden seien (Erw. 6.3). Diese Rechtsprechung ist nicht gesetzeskonform. Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität nämlich nicht nur die voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit, sondern auch die längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. Würde der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gefolgt, könnte eine Invalidität wegen einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode/Störung nur vorliegen, wenn die Erwerbsunfähigkeit bleibend wäre. Diese Interpretation widerspricht dem klaren Wortlaut und dem Sinn und Zweck von Art. 8 Abs. 1 ATSG. Eine weitere Schwäche dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung besteht darin, dass sie nicht zu erklären vermag, weshalb sie nur die depressiven Leiden und nicht alle anderen – therapierbaren Leiden – betrifft. Der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann auch aus einem dritten Grund nicht gefolgt werden: Aus früheren Entscheiden (siehe etwa Urteil des Bundesgerichts vom 7. Februar 2012, 9C\_736/2011 E. 4.2.2.1) ist ersichtlich, dass sich die Aussage des Bundesgerichts, dass leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapeutisch gut angebar gälten, auf HABERMEYER/VENZLAFF, Affektive Störungen, in: Foerster/Dressing (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung, 5. Auflage, München 2009, S. 193, stützt. Zwar ist unbestritten, dass depressive Störungen grundsätzlich behandelbar sind. Dieses Wissen beruht allerdings auf Studienergebnissen, d.h. auf Gruppenergebnissen. Ob eine Störung im Einzelfall behandelbar ist, wie gut sich die Symptomatik zurückbildet und wie leistungsfähig eine Person wieder werden kann, bedarf einer individuellen Prüfung (ULRIKE HOFFMANN-RICHTER, Psychische Beeinträchtigungen in der Rechtsprechung: Ein Blick aus psychiatrischer Sicht, in: Ueli Kieser (Hrsg.), Sozialversicherungsrechtstagung 2015, S. 78). Gemäss U. HOFFMANN-RICHTER scheine die Pharmakotherapie gemäss den jüngsten Studienergebnissen nur bei ca. 1/3 der Patienten die erwartete Wirkung zu zeigen. Zusätzliche Effekte seien durch eine

Psychotherapie erreichbar, aber auch diese wirke nicht in jedem Fall. An der Prüfung im Einzelfall führe kein Weg vorbei (U. HOFFMANN-RICHTER, a.a.O., S. 78). Nach HABERMEYER/VENZLAFF haben depressive Störungsbilder über Jahre hinweg Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit. Etwa 70 % aller depressiven Erkrankungen verliefen monopolar-depressiv, d.h. es komme zum rezidivierenden Auftreten depressiver Krankheitsphasen. Die rezidivierenden depressiven Störungen seien nach aktuellen Verlaufsstudien mit einer nicht unerheblichen Tendenz zur Chronifizierung bzw. zur Ausbildung von Defekten verbunden. Ein Drittel der Fälle zeige lediglich partielle Besserungen, in 55-65 % der Fälle komme es zu Rezidiven, etwa 10 % chronifizierten (HABERMEYER/ VENZLAFF, a.a.O., S 190 mit Verweis auf Berger und v. Calker 2003). Gemäss HABERMEYER/VENZLAFF sprechen nicht mehr als 50-60 % der Patienten mit rezidivierenden depressiven Störungen auf eine antidepressive Pharmakotherapie oder auf eine störungsspezifische Psychotherapie an. Die Raten der Vollremission seien noch geringer. Hinsichtlich der Rückfallrate ein Jahr nach Therapiebeendigung fänden sich in einer Metaanalyse Angaben von bis zu 60 % nach antidepressiver Medikation (HABERMEYER/ VENZLAFF, a.a.O., S 193 mit Verweis auf Gloaguen et al. 1998). Die Wirksamkeit therapeutischer Behandlungsbemühungen ist bei depressiven Störungsbildern somit äusserst beschränkt. Die pauschale Schlussfolgerung des Bundesgerichts, wonach leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur nur dann invalidisierend seien, wenn sie therapieresistent seien, ist also bereits deshalb unhaltbar, weil die Therapie in vielen Fällen nicht, nur unzureichend oder nicht längerfristig anspricht. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, weshalb das Bundesgericht davon ausgeht, es sei eine gesicherte medizinische Erfahrungstatsache, dass Personen, die an einer leichten bis mittelgradigen Depression leiden, in der Regel zumindest soweit geheilt werden können, dass die Depression keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr hat. Beim Beschwerdeführer besteht insoweit kein therapieresistenter Zustand, als gemäss Dr. P. \_\_\_ die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft sind. Namentlich schlägt er eine Systemtherapie und eine traumaspezifische und lösungsorientierte Psychotherapie vor. Der Gutachter hat allerdings auch erklärt, dass die bisherige Psychotherapie lege artis durchgeführt worden sei und die Compliance des Beschwerdeführers, soweit beurteilbar, gut gewesen sei (IV-act. 130-80). Dass der psychiatrische Gutachter keine Therapieresistenz festgestellt hat, bedeutet nicht, dass er davon ausgegangen wäre, dass sich die Arbeitsfähigkeit unter den vorgeschlagenen Therapien verbessern würde. Vielmehr sind die Gutachter ausdrücklich davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit durch die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen mittelfristig wahrscheinlich nicht verbessert, sondern lediglich auf dem von ihnen attestierten Niveau stabilisiert werden könne (IV-act. 130-39). Auch vor diesem Hintergrund spricht die Tatsache, dass (noch) keine Therapieresistenz vorliegt, im vorliegenden Fall nicht gegen eine invalidisierende Wirkung der mittelgradigen depressiven Episode. 2.4.6 Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht hat Dr. P. \_\_\_ in jeglicher Tätigkeit auf 50 % geschätzt. Begründet hat er diese Einschränkung mit einer Beeinträchtigung des Antriebs, der Ausdauer, der Konzentrationsfähigkeit, des Selbstvertrauens, des Arbeitstempos und der Kontakt- und Verkehrsfähigkeit. Zudem erschwere der schlechte Schlaf die Regeneration und führe tagsüber zu einer vermehrten Müdigkeit. Hierbei handelt es sich um depressionstypische Einschränkungen. Demzufolge ist davon auszugehen, dass Dr. P. \_\_\_ hauptsächlich die depressionsbedingten Einschränkungen in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt hat. Die

gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung in quantitativer Hinsicht wird zudem vom behandelnden Psychiater Dr. C. \_\_\_\_, der lediglich eine Depression und keine somatoforme Störung diagnostiziert hat, gestützt. Eine divergierende psychiatrische Einschätzung liegt nicht im Recht. Angesichts der vom psychiatrischen Gutachter Dr. P. \_\_\_\_ umschriebenen Schwere der depressiven Symptomatik muss davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer auch in einer körperlich adaptierten Hilfsarbeit in seiner Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt wäre, d.h. dass er nicht in der Lage wäre, die Arbeitsleistung zu erbringen, die ein gesunder Hilfsarbeiter erbringen könnte. Der Beschwerdeführer ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest seit dem Begutachtungszeitpunkt (Februar/März 2013) aus psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. 2.4.7 Zu prüfen bleibt, wann die Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht eingetreten ist. Dr. P. \_\_\_\_ ist davon ausgegangen, dass seine Einschätzung seit etwa Juni 2012 gelte. Aufgrund der Akten und der Anamnese könne retrospektiv keine genaue Aussage gemacht werden, ob und wann sich der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit verändert habe. Dr. C. \_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 24. Mai 2016 zuhanden des Gerichts erklärt, dass seit Ende Februar 2008 von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Wie in Erw. 2.2 ausgeführt, überzeugt diese Einschätzung nicht, da Dr. C. \_\_\_\_ im März 2008 noch erklärt hatte, dass die Depression remittiert sei und da med. pract. I. \_\_\_\_ im September/Dezember 2008 keine Depression hatte diagnostizieren können. Dr. C. \_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 17. März 2014 erklärt, dass im Jahr 2009 eine Verschlechterung des Zustandes eingetreten sei, als der Beschwerdeführer begonnen habe, sich mit dem traumatischen Kindheitsereignis auseinanderzusetzen. Allerdings existiert kein Arztbericht, der diese Einschätzung bestätigen würde. Die Klinik R. \_\_\_\_, in der sich der Beschwerdeführer vom 20. April bis 2. Mai 2009 einer stationären psychosomatischen Rehabilitation unterzogen hat, hat in ihrem Bericht vom 25. Juni 2009 (IV-act. 109-6 ff.) angegeben, dass der Beschwerdeführer beim Eintritt im Affekt leicht deprimiert und hoffnungslos, jammernnd, jedoch modulations- und schwingungsfähig gewesen sei. In Antrieb und Psychomotorik sei er eher etwas reduziert mit theatralisch wirkender Symptompräsentation gewesen. Die depressive Symptomatik ist zum damaligen Zeitpunkt also noch nicht ausgeprägt gewesen (im Bericht war auch keine Depression diagnostiziert worden) und hat deshalb keine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermocht. Bis am 29. Februar 2012 hat sich der Beschwerdeführer bei Dr. J. \_\_\_\_ in Behandlung befunden. Dr. J. \_\_\_\_ hat sich trotz fünfjähriger Behandlungszeit nicht in der Lage gesehen, eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben (siehe IV-act. 110). Als Diagnose hat sie eine anhaltende ängstlich-depressive Störung (F38.8) angegeben. Bei dieser sonstigen, nicht näher bezeichneten affektiven Störung handelt es sich um eine Restkategorie für Stimmungsstörungen, die die Kriterien der Kategorien F30-F34 in Bezug auf die Ausprägung und die Dauer nicht erfüllen. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung wurde erstmals von Dr. C. \_\_\_\_ in seinem Bericht vom Juni 2012 genannt. Darin hatte er angegeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Die Arbeitsunfähigkeit hatte er auf 50 % geschätzt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit erst ab Juni 2012 belegt ist. Für die Zeit davor muss aufgrund des Mangels an Beweisen von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausgegangen werden, denn der Beschwerdeführer hat die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. Mit dem psychiatrischen Gutachter Dr. P. \_\_\_\_ ist daher davon auszugehen, dass seine Einschätzung ab Juni 2012 gilt. Der Beschwerdeführer ist somit aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit seit Juni 2012 zu 50 % arbeitsunfähig. Eine medizinische Neubegutachtung ist nach dem Gesagten nicht erforderlich. 2.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2003 in seiner angestammten Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion und seit dem Jahr 2007 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter in der Spedition/im Lager mit überwiegender Wahrscheinlichkeit voll arbeitsunfähig ist. In einer adaptierten Tätigkeit ist seit Juni 2012 von einer psychisch bedingten, 50 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

### **E. 3**

3.1 Somit bleibt der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Der Beschwerdeführer hat bis ins Jahr 2003 als Gruppenleiter Produktion gearbeitet. Er hat diese Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben. Bei der Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion handelt es sich somit um die Validenkarriere. Gemäss seiner ehemaligen Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer als Gruppenleiter im Jahr 2012 einen Monatslohn von brutto Fr. 4'850.-- (zzgl. 13. Monatslohn und Fr. 1'000.-- 4-Schichtzulage/Fr. 500.-- 3-Schichtzulage) erzielt. Ohne gesundheitliche Einschränkungen hätte er immer im Vierschichtbetrieb arbeiten können. Zuzüglich Fr. 1'000.-- Schichtzulage pro Monat (12 x Fr. 1'000.--) beträgt das Valideneinkommen für das Jahr 2012 Fr. 75'050.--. ([13 x Fr. 4'850.--] + [12 x Fr. 1'000.--]). Der Beschwerdeführer ist auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Spedition nicht mehr arbeitsfähig. Das Invalideneinkommen ist daher ausgehend von Tabellenlöhnen zu ermitteln. Gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik hat der Durchschnittslohn eines Hilfsarbeiters im Jahr 2012, aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, Fr. 65'177.-- betragen (siehe Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Ohne Tabellenlohnabzug hätte das Invalideneinkommen ab dem Eintritt der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 %, d.h. ab Juni 2012, somit Fr. 32'588.-- betragen. Zu prüfen bleibt, ob von diesem Tabellenlohn ein Abzug vorzunehmen ist. Beim Tabellenlohn handelt es sich um einen statistischen Durchschnittswert. Basis für den Tabellenlohn eines Hilfsarbeiters bilden die in dieser Branche tatsächlich bezahlten Löhne. Die Höhe der tatsächlich bezahlten Löhne hängt von unterschiedlichen betriebswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Faktoren ab. Diese Faktoren müssen daher auch bei der Ermittlung des Invalideneinkommens berücksichtigt werden, sofern dafür Tabellenlöhne herangezogen werden. Aufgabe der medizinischen Sachverständigen ist es, die zumutbare Arbeitsleistung aus medizinischer Sicht festzustellen. In der Arbeitsfähigkeitsschätzung werden also nur die direkten Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Erwerbsmöglichkeiten berücksichtigt. Denn die medizinischen Sachverständigen verfügen offensichtlich nicht über das Fachwissen, um auch die indirekten, d.h. die ökonomisch-betriebswirtschaftlichen Folgen der Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Einkommenshöhe abschätzen zu können. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sind daher einerseits indirekte krankheitsbedingte Nachteile, andererseits jedoch auch qualifizierende Eigenschaften der versicherten Person, die sich auf die Lohnhöhe auswirken, zu berücksichtigen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 8. Dezember 2015, IV 2013/118 E. 3.3). Der Beschwerdeführer leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung. Eine solche zeichnet sich durch wiederholte depressive Episoden aus (siehe ICD-10: F33). Der Schweregrad der Depression ist in der Regel schwankend, d.h. es kann immer wieder zu Exazerbationen kommen, während denen mit Arbeitsausfällen zu rechnen ist. Zwar sind die wegen der Depression bedingten Arbeitsausfälle an sich in der medizinisch-theoretischen

Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt. Nicht berücksichtigt ist jedoch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer für einen Arbeitgeber wegen des durch die Depression bedingten erhöhten Ausfallrisikos ein höheres Kostenrisiko als eine gesunde Person darstellt. In der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeitsschätzung auch nicht berücksichtigt ist, dass der Einsatz des Beschwerdeführers wegen den depressionstypischen Schwankungen seiner Arbeitsleistung für einen Arbeitgeber weniger planbar ist als der Einsatz eines gesunden Arbeitnehmers. Ein potentieller Arbeitgeber wird diesen erhöhten Risiken, die aus betriebswirtschaftlicher bzw. ökonomischer Sicht als zusätzliche, bei einem gesunden Arbeitnehmer mit demselben Beschäftigungsgrad von 50 % nicht auftretende Unkosten zu qualifizieren sind, dadurch Rechnung tragen, dass er den Beschwerdeführer nur zu einem deutlich unterdurchschnittlichen Lohn einstellt. Lohnerhöhend wirkt sich im vorliegenden Fall aus, dass der Beschwerdeführer über langjährige Berufserfahrung als Hilfsarbeiter respektive sogar als Gruppenleiter verfügt. Unter Abwägung dieser Vor- und Nachteile im Vergleich zu einem gesunden, durchschnittlichen Hilfsarbeiter rechtfertigt sich im vorliegenden Fall ein Tabellenlohnabzug von 10 %. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 75'050.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 29'329.-- resultiert ein IV-Grad von aufgerundet 61 %. 3.2 Schliesslich ist noch zu klären, wann das Wartejahr zu laufen begonnen hat. Der Beschwerdeführer ist spätestens seit dem Jahr 2003 in seiner angestammten Tätigkeit als Gruppenleiter Produktion voll arbeitsunfähig. Seit dem Jahr 2007 besteht auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagermitarbeiter eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer hat als Gruppenleiter Produktion ein relativ hohes Einkommen erzielt. Da es sich bei dieser Tätigkeit dennoch um eine (qualifizierte) Hilfsarbeit gehandelt hat, ist es ihm zumutbar gewesen, nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit als Gruppenleiter Produktion eine weniger gut bezahlte, adaptierte Hilfsarbeit auszuüben. Dies hat der Beschwerdeführer mit dem Wechsel in die Spedition auch getan. Ebenso wäre es dem Beschwerdeführer nach dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit in der Spedition im Jahr 2007 zumutbar gewesen, eine körperlich adaptierte Hilfsarbeit anzunehmen. Der Beginn des Wartejahres ist daher anhand der Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit festzulegen. Diese hat bis und mit Mai 2012 100 % betragen. Das Wartejahr wird erst bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 20 % eröffnet (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteile des Bundesgerichts vom 21. Oktober 2013, 8C\_174/2013 und 8C\_178/2013 E. 3.2). Da der Lohn des Beschwerdeführers als Gruppenleiter Produktion höher gewesen ist als der Durchschnittslohn eines Hilfsarbeiters, wäre es möglich, dass bereits vor Juni 2012 eine Erwerbseinbusse von 20 % oder mehr bestanden hätte. Würde einzig auf die medizinische Arbeitsfähigkeitsschätzung abgestellt, könnte das Wartejahr trotz einer erheblichen Erwerbseinbusse von 20 % oder mehr nicht zu laufen begonnen haben, was stossend wäre. Deshalb drängt sich auf, für die den Lauf des "Wartejahres" bewirkende Arbeitsunfähigkeit auf einen erwerblichen und nicht nur auf einen medizinisch-funktionalen Arbeitsunfähigkeitsbegriff abzustellen. Nach dem entsprechenden erwerblichen Arbeitsunfähigkeitsbegriff ist nicht die rein medizinisch ermittelte funktionale Einschränkung, sondern der durch diese funktionale Einschränkung bewirkte erwerbliche Nachteil massgebend (vgl. FRANZ SCHLAURI, Erwerblich-praktische Vorgaben an eine medizinische Arbeitsunfähigkeitsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schläuri [Hrsg.], Rechtsfragen der Eingliederung Behinderter, S. 171; vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Oktober 2007, IV 2006/134 E. 4a). Die erwerbliche Arbeitsunfähigkeit ist anhand eines vorläufigen Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dem vorläufigen Invalideneinkommen ist nach dem

Gesagten nicht die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, sondern die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zugrunde zu legen. Ein Hilfsarbeiter hat im Jahr 2011, ausgehend von der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden, durchschnittlich Fr. 61'910.-- verdient (siehe Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Wird zugunsten des Beschwerdeführers davon ausgegangen, dass er im Jahr 2011 als Gruppenleiter Produktion den gleichen Lohn hätte erzielen können wie im Jahr 2012, d.h. Fr. 75'050.--, resultiert für das Jahr 2011 ein vorläufiger erwerblicher Arbeitsunfähigkeitsgrad von aufgerundet 18 %. Ein erwerblicher Arbeitsunfähigkeitsgrad von 18 % reicht nicht aus, um den Beginn des Wartejahres auszulösen. Das Wartejahr hat also erst mit dem Eintritt der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit im Juni 2012 zu laufen begonnen und ist folglich Ende Mai 2013 abgelaufen. Bei einem IV-Grad von 61 % hat der Beschwerdeführer rückwirkend ab dem 1. Juni 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. 3.3 Demnach ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung ab 1. Juni 2013 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

#### **E. 4**

4.1 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Diese ist um die Kosten für die Einholung des Berichts bei Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2016 (act. G 35) im Umfang von Fr. 80.-- zu erhöhen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 680.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 4.2 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. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxismässig eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer entsprechend mit Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. September 2013 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Juni 2013 eine Dreiviertelsrente zugesprochen; die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 680.-- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu entrichten.