

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/103 vom 26. November 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-11-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_103

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/103 du 26 novembre 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/103 del 26 novembre 2009

Regeste

Art. 28 IVG. Bei (nach einer Rückweisung) durch psychiatrisches Gutachten ergänzter Beweislage ist (nebst den somatisch festgestellten Gesundheitsschäden) vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung mit invalidisierender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des inzwischen im AHV-Alter stehenden Beschwerdeführers auszugehen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. November 2016, IV 2016/103). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017.

Erwägungen

E. 1

1.1 Im Streit liegt die Verfügung vom 24. Februar 2016, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers, namentlich einen Rentenanspruch, abgewiesen hat. Da die Anmeldung vom November 2009 - also nicht aus einer Zeit vor dem 1. Januar 2009 - datiert, richtet sich der allfällige Rentenbeginn nach Art. 29 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung (vgl. Übergangsregelung des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Oktober 2012, IV 2010/133, e contrario). 1.2 Der Beschwerdeführer lässt Rentenleistungen beantragen. Streitgegenstand bildet daher zunächst der allfällige Rentenanspruch. Ergibt sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage steht, so gehört zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe. Die IV-Eingliederungsberatung war bereits mit Mitteilung vom 23. März 2010 abgeschlossen worden.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person 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; sog. allgemeine Methode der Invaliditätsbemessung).

E. 3

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (vgl. etwa Bundesgerichtsentscheid 9C_422/15 vom 7. Dezember 2015). - Der Beschwerdeführer stand während rund zwanzig Jahren im selben Arbeitsverhältnis, bevor ihm gekündigt worden ist. Er hatte (zumindest noch) im Juni 2003 geäussert, er fühle sich durch die Nacharbeit nicht überfordert und wolle diese Tätigkeit auf gar keinen Fall aufgeben. Die entsprechende Tätigkeit stellte aber erhebliche Anforderungen bezüglich des Stehens und Gehens, des Umgangs mit Gewichten (gemäss Angaben in der Arbeitgeberbescheinigung; anders aber die nachträglichen Angaben des Beschwerdeführers bei der EFL im September 2010, Fremddakten G 3.2 act. 4-18) und der geistigen Fähigkeiten (u.a. Konzentration/Aufmerksamkeit, Sorgfalt). Es traten wegen der Operationen (an Ellbogen und Kniegelenk) bereits ab Januar 2008 (bis November 2008; ab Januar 2009 reduzierte sich die Arbeitsbelastung durch eine gewisse Kurzarbeit) längere Arbeitsunfähigkeitsphasen auf. Nach Angaben des Beschwerdeführers bei der J.___-Begutachtung (IV-act. 103-6) hat er sich nicht mehr auf das Wesentliche konzentrieren und die Maschine nicht mehr richtig einstellen und bedienen können wie früher. Er habe sich Sorgen gemacht und täglich befürchtet, wieder etwas zu vergessen oder falsch zu machen. Der Schlaf sei gestört gewesen, dadurch auch die Konzentration. Immer häufiger seien ihm Fehler (mit Materialschaden) passiert. Er sei deswegen und wegen Langsamkeit gerügt und schliesslich entlassen worden. Wie im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2014 festgehalten, ist davon auszugehen, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Kündigung geführt haben, dass er also ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin dort angestellt geblieben wäre und (ab April 2008 bzw. im Dezember 2009) einen Lohn von Fr. 71'235.-- erzielt hätte.

E. 4

4.1 Nach der Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses (gemäss dem IK-Auszug war er schon vor 1989 zusätzlich bereits von 1982 bis 1985 während dreier Jahre dort beschäftigt gewesen) war der Beschwerdeführer ab dem 25. Juni 2009 nach Angaben von Dr. B.___ in dieser (bisherigen) Arbeit nicht mehr arbeitsfähig. Dr. D.___ bestätigte eine solche Arbeitsunfähigkeit am 19. Juni 2010. Dr. E.___ jedoch hielt die Tätigkeit gemäss Bericht vom April 2010 für zumutbar, doch ist anzunehmen, dass dabei die Belastungen im Arbeitsprofil ungenügend berücksichtigt wurden.

E. 4.2

4.2.1 Für eine adaptierte Tätigkeit wurde bei der M.___-Begutachtung unter rheumatologischem Aspekt eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % festgestellt. Bei der neurologischen Untersuchung ergab sich in der Folge keine Belastungseinschränkung aus diesem (neurologischen) Grund (vgl. Gutachten von Dr. H.___). Es kann, was die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht betrifft und wie bereits im Entscheid vom 17. Januar 2014 für den Sachverhalt bis zum 19. Dezember 2011 festgehalten, für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum auf die Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 20 % abgestellt werden, während diejenige von 50 % des behandelnden Arztes dagegen nicht durchzudringen vermag. 4.2.2 Bei der psychiatrischen J.___-Begutachtung ergab sich gemäss dem Gutachten von Dr. K.___ vom Oktober 2014 als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode. Das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten und eines von Dr. B.___ zur Verfügung gestellten Laborbefunds vom 23. Juli

2014 erstattet. Die Exploration samt Anamneseerhebung erfolgte durch eine Referentin und durch den die Muttersprache des Beschwerdeführers beherrschenden Facharzt. Ferner wurden Gespräche mit Dr. I.____ und der Tochter des Beschwerdeführers geführt. Das Gutachten basiert zudem auf verschiedenen diagnostischen Tests, davon einem in der Muttersprache des Beschwerdeführers. In Letzterem (Beck-Depressionsskala) etwa entsprach das Ergebnis einer schweren Depression, die Testung mit der Hamilton-Skala ergab eine mittelschwere Depression und im MMS- (Mini-Mental-Status-) Test war ein Ergebnis falsch und waren fünf nicht beurteilbar, die übrigen 24 Punkte richtig (wobei 30 Punkte für uneingeschränkte kognitive Funktion stehen und Werte von 20 bis 26 Punkten für eine leichte Demenz sprechen, vgl.

<https://de.wikipedia.org/wiki/Mini-Mental-Status-Test>; zum Vergleich: gemäss dem neuropsychologischen Teilgutachten vom Mai 2011 hatte der Test 22 Punkte ergeben). Die Abklärung ist daher als umfassend zu betrachten. 4.2.3 Der Befundsschilderung (gemäss der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, AMDP) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer psychomotorisch unruhig gewesen sei.

Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien im Gespräch zunehmend eingeschränkt gewesen. Die affektive Stimmungslage habe zum depressiven Pol hin ausgelenkt, der formale Gedankengang verlangsamt und zeitweise blockiert zu sein geschienen. Der Beschwerdeführer habe teilweise an den Fragen vorbei geantwortet und häufig nachfragen müssen. Er habe verschiedene Beschwerden beschrieben (in psychiatrischer Hinsicht etwa Gedankenkreisen und Grübeln, ausgeprägte Freudlosigkeit, reduzierten Antrieb, ausgeprägte Tagesmüdigkeit mit erhöhtem Schlafbedürfnis und erheblichem Vitalitätsverlust, Ein- und Durchschlafstörungen, Interesselosigkeit und zunehmenden Rückzug aus sämtlichen sozialen Bezügen, wegen Gereiztheit und Lautwerdens immer wieder belastete Kontakte in der engeren Familie, daneben gewisse Ängste und Zwänge; in somatischer Hinsicht häufiges Schwitzen, Schwindel, Kopfschmerzen, Juckreiz am Kopf, Kribbeln am ganzen Körper, Brennen der Füsse, Schmerzen an Knien und Armen). Auf Nachfrage habe er angegeben, sich oftmals zu wünschen, nicht weiterleben zu müssen, ohne sich aber etwas antun zu wollen. Im Gutachten wurde festgehalten, der affektive Rapport sei nur bedingt herstellbar gewesen. - Die erhobene Diagnose erscheint insgesamt nachvollziehbar begründet und ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin erachtet das Gutachten als solches ebenfalls als beweiskräftig.

4.2.4 Im Gutachten ist dem psychischen Gesundheitsschaden eine volle Arbeitsunfähigkeit zugeschrieben worden. In dieser Beziehung weicht die Beschwerdegegnerin in ihrer Auffassung vom Gutachten ab und stellt sich auf den Standpunkt, das Leiden des Beschwerdeführers sei nicht invalidisierend, und zwar einerseits weil die rechtsprechungsgemäss vorausgesetzte Therapieresistenz der depressiven Störung nicht ausgewiesen sei und andererseits weil belastende psychosoziale Faktoren zur entsprechenden Symptomatik beigetragen hätten und eine Trennung dieser invaliditätsfremden Elemente vom medizinischen Leiden nicht möglich sei. 4.2.5 Wie die Beschwerdegegnerin vorbringt, hat das Bundesgericht festgehalten, (in der Versicherungsgemeinschaft ubiquitär verbreitete) Störungen leicht bis mittelgradiger depressiver Natur würden einzig in der - angesichts ihrer im Allgemeinen guten Behandelbarkeit selten zu findenden - erwiesenen Konstellation als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten bei guter Kooperation konsequent, optimal und nachhaltig angewandt und ausgeschöpft worden sind (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. April 2016, 9C_13/16; vgl. auch BGE 140 V

193, BGE 137 V 64, BGE 141 V 281). - Im Urteil vom 29. Oktober 2013, 9C_454/13, hat das Bundesgericht betreffend einen Sachverhalt, bei welchem das Beschwerdebild von Anfang an wesentlich durch invaliditätsfremde psychosoziale Umstände geprägt war, ausgeführt, solche Faktoren vermöchten medizinisch die Diagnose einer mittelschweren Depression, aber rechtlich keine Invalidität zu begründen. 4.2.6 Dem J.____-Gutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer erstmals im Jahr 2006 pharmakologisch antidepressiv behandelt wurde. Das Medikament (Tolvon, gemäss Arzneimittelkompendium zur Behandlung von depressiven Erkrankungen) wurde ca. 2011 wegen einer Nebenwirkung (Müdigkeit; IV-act. 103-7) bzw. wegen ausgebliebener Wirkung (IV-act. 103-10) abgesetzt. Ab 2011 habe der Neurologe Dr. I.____ Venlafaxin (gemäss Arzneimittelkompendium ein Mittel hauptsächlich bei Episoden einer Major Depression und bei Angststörungen) eingesetzt. Eine psychotherapeutische Behandlung war bis zur Begutachtung nicht erfolgt. - Im Gutachten wird zudem festgehalten, die im Juni 2009, kurz vor dem zwanzigjährigen Arbeitsjubiläum, ausgesprochene Kündigung - als wichtiger psychosozialer Faktor - scheine das depressive Zustandsbild verstärkend beeinflusst zu haben. Die schon länger vorhandenen Zweifel an der eigenen Leistungsfähigkeit und die Ängste vor dem Nichtgelingen und vor der Kündigung hätten sich dadurch für den Exploranden scheinbar bestätigt. 4.2.7 Diese Sachlage rechtfertigt für sich allein genommen allerdings nicht, vorliegend ein invalidisierendes Leiden entgegen der fachärztlich-gutachterlich abgegebenen und begründeten Arbeitsfähigkeitsschätzung zu verneinen. Zu berücksichtigen ist namentlich, dass im J.____-Gutachten von einer deutlich fortgeschrittenen Chronifizierung der Depression berichtet wird. Die depressive Symptomatik, welche wahrscheinlich im Jahr 1999 begonnen habe, habe sich im Verlauf zunehmend gezeigt bzw. sich ausgeweitet. Es zeigt sich denn auch nach der Aktenlage, dass schon im Jahr 2003, also sechs Jahre vor der anhaltend attestierten Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, neurologische und neuropsychologische Abklärungen getroffen wurden und daraufhin von der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen der Verdacht auf ein depressives Syndrom mit "depression related cognitiv dysfunction" geäußert wurde. Neuropsychologisch waren damals Defizite festgestellt worden, deren Ursache in einer affektiven Störung oder in einem chronischen Schlafdefizit bei langjähriger Nachtschichtarbeit vermutet worden war. Bei der M.____-Begutachtung vom November 2010 war ebenfalls festgestellt worden, dass die Grundstimmung des Beschwerdeführers etwas zum depressiven Pol hin verschoben gewesen sei und eine gewisse Hypomimie bestanden habe. Eine Demenz konnte nicht sicher ausgeschlossen werden. Gemäss dem Gutachten vom Juli 2011 war damals erneut der hochgradige Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung aufgekommen und waren Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung gefunden worden. Aufgrund der neuro-psychologischen Untersuchung wurde unter anderem von signifikanten Verhaltensänderungen mit auch Hinweisen auf dissoziative Symptome berichtet und es wurde eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsänderung diagnostiziert. 4.2.8 Im J.____-Gutachten wird - was überzeugend erscheint - angenommen, dass für den Beschwerdeführer schon im Jahr 2003 die ersten Einschränkungen am Arbeitsplatz (Konzentrationsmangel und Vergesslichkeit) deutlich geworden seien, die damals zur Abklärung geführt hätten und im zeitlichen Verlauf durchgängig und als zunehmend geschildert worden seien. Das Leiden wirkt sich gemäss dem Gutachten in zahlreichen Beeinträchtigungen aus, die in einer beruflichen Tätigkeit erheblich leistungseinschränkend seien, so etwa in einer mit den Schlafstörungen verbundenen Tagesmüdigkeit. In Kombination mit dem ausgeprägten Antriebsmangel

würden die Möglichkeiten, eine Arbeit aufzunehmen bzw. über mehrere Stunden durchzuhalten, erheblich eingeschränkt. Die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite würden das Risiko von Fehlern am Arbeitsplatz wesentlich erhöhen und könnten zu Schaden führen. Aufgrund der Minderung des Selbstwertgefühls und der Versagensängste müsste mit einem Vermeidungsverhalten gerechnet werden, da leichtere Anforderungen vom Beschwerdeführer schon als vermeintlich nicht zu bewältigende Belastung erlebt würden. Regenerationsmöglichkeiten würden fehlen. Wie aus dem Gutachten hervorgeht, wirken sich die Störungen im Alltag und auch im Freizeitbereich aus. Ein solcher Vergleich von Beschwerdeschilderung, Beobachtungen auf Befundebene und Beobachtungen anhand des Berichts über alltagsrelevante Beeinträchtigungen erlaubt nach einleuchtender Meinung von Dr. med. M. Reiber, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (geäussert im Artikel "Krank oder faul? Über den Willen, den Schmerz zu bewältigen, und das Problem des Arztes, die Arbeitsfähigkeit unter dem Aspekt der Arbeitswilligkeit zu betrachten", in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 136 f.), eine gutachterliche Plausibilitätsprüfung bei der Messung von Schmerz und zumutbarer Willensanspannung und stellt eine Methode der Erhebung der psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit dar, was auch hier berücksichtigt werden kann (vgl. für psychosomatische Störungen auch BGE 141 V 281). Die Teilhabe an anderen Lebensbereichen als der bisherigen (beruflichen oder Aufgabenbereichs-) Tätigkeit ist zur Beurteilung der Konsistenz der Leistungsfähigkeit von grosser Bedeutung (so die 3. A. vom Juni 2016 der Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP in SZS 2016 435 ff., 477).

4.2.9 Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der Venlafaxinspiegel bei der Untersuchung vom Juli 2014 im Referenzbereich lag, was einen Hinweis darauf bildet, dass der Beschwerdeführer das verschriebene Medikament zu sich nimmt. Gemäss dem J.____-Gutachten war er im Übrigen sehr kooperativ, habe sich bemüht, die Fragen korrekt zu beantworten und habe sehr gewissenhaft gewirkt.

4.2.10 Wie im Entscheid des kantonalen Versicherungsgerichts vom 17. Januar 2014 (E. 2.8) dargelegt, sind bei den verschiedenen Untersuchungen allerdings auch Hinweise auf eine (erhebliche) Symptomausweitung aufgefallen. - Im J.____-Gutachten dagegen wurde festgehalten, die Beschwerdeberichte des Beschwerdeführers seien in sich konsistent gewesen. Es hätten keine Diskrepanzen oder Widersprüche in den Schilderungen beobachtet werden können. Auffällig seien dagegen die Verständnisschwierigkeiten des Beschwerdeführers gewesen, welche durch die Übersetzung des die Muttersprache beherrschenden Psychiaters eindeutig als formale Denkstörungen und Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen im Rahmen der depressiven Erkrankung hätten erkannt werden können. Dieses krankheitsbedingte Kriterium sei in den früheren Untersuchungen und Anamneseerhebungen nicht hinreichend differenziert erkannt worden, da psychiatrische Fachkenntnisse und Sprachkenntnisse (sc. bis anhin) nicht in einer einzigen Person (sondern stets die einen beim Psychiater, die andern beim Dolmetscher) vorhanden gewesen seien. - Die Feststellung von Symptomausweitung bei der EFL basiert (nebst in gleich dreifacher Hinsicht berücksichtigten Diskrepanzen bei der Handkrafttestung) unter anderem auf einer deutlich zu tiefen Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers. Wie im EFL-Bericht (Fremdakten G 3.2 act. 4-20) ausdrücklich erwähnt, ist bei der Interpretation dieser Befunde das Ergebnis der (damals noch ausstehenden) psychiatrischen Abklärung zu berücksichtigen. Wird der Einfluss des nunmehr fachärztlich psychiatrisch diagnostizierten Leidens miteinbezogen, so ergibt sich eine ausreichende Erklärung. Angemerkt werden

kann in diesem Zusammenhang auch, dass bei der neuropsychologischen Abklärung vom Mai 2011 (bei der Hauptdiagnose einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsänderung) zwar nicht authentische kognitive Funktionsstörungen als im Vordergrund stehend beschrieben worden waren, aber ebenfalls angenommen wurde, es dürften auch unbewusste Anteile (im Sinn eines anzunehmenden psychiatrischen Faktors) vorhanden sein (IV-act. 54-5). 4.2.11 Im J. ___-Gutachten wurden bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung schliesslich auch die vorhandenen Ressourcen des Beschwerdeführers berücksichtigt (IV-act. 103-11). 4.2.12 Insgesamt ist daher aufgrund dieser Beweiswürdigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, wie im J. ___-Gutachten festgestellt, aufgrund des diagnostizierten Leidens nicht mehr arbeitsfähig ist. - Steht aber fest, dass ein Krankheitszustand mit (unüberwindlichem, d.h. ganze oder teilweise Unzumutbarkeit einer Tätigkeit bewirkendem) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist unerheblich, ob auch soziale, invalidenversicherungsfremde Faktoren als (Teil-) Ursache bei dessen Entstehung eine wesentliche Rolle gespielt haben (vgl. dazu BGE 139 V 547 E. 3.2.2). 4.3 Was die Behandelbarkeit des psychischen Leidens betrifft, geht das J. ___-Gutachten angesichts des sehr wahrscheinlich mehr als 14-jährigen Verlaufs der depressiven Symptomatik ohne suffiziente Behandlung zwar von einer sehr ungünstigen Prognose aus, hält bei optimalen Behandlungsbedingungen langfristig eine symptomatische Linderung aber allenfalls für möglich. Es wäre eine psychotherapeutische (am ehesten verhaltenstherapeutische) Behandlung in Kombination mit einer antidepressiven Medikation zu empfehlen. Zu einer geeigneten und zumutbaren konsequenten psychiatrischen Therapie hätte der Beschwerdeführer allenfalls auch verpflichtet werden müssen (vgl. Abbruch bei Dr. I. ___, weil zu weit weg und Behandlung nicht hilfreich, IV-act. 103-5), das kam allerdings schon wegen des Alters des Beschwerdeführers, der bei der Erstattung des J. ___-Gutachtens im Oktober 2014 __-jährig war und inzwischen im AHV-Alter steht, nicht mehr in Frage. Ob eine Senkung des Invaliditätsgrads damit tatsächlich hätte erreicht werden können, scheint mit Blick auf die ungünstige Prognose unwahrscheinlich.

E. 5

5.1 Angesichts der (teilweise somatisch und hauptsächlich psychiatrisch bedingten) vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierten Tätigkeiten ist von einer vollen Erwerbsunfähigkeit und Invalidität auszugehen, weshalb Anspruch auf eine ganze Rente besteht. 5.2 Nach dem oben erwähnten Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, das heisst vorliegend bei Anmeldung im November 2009 frühestens im Mai 2010. 5.3 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die (nebst den Anforderungen nach lit. a) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Die einjährige Wartezeit gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % vorliegt (AHI 1998 S. 124 E. 3c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter IVV; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004, I 19/04). - Nach der Aktenlage bestanden schon längere Zeit gewisse Leistungseinschränkungen, eine (durchgehende) Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer jedoch ab dem 25. Juni 2009 attestiert. Es ist daher im Juni 2010 ein Wartejahr abgelaufen. - Der Beschwerdeführer

hat demnach Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. Juni 2010.

E. 6

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2016 teilweise gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2010 eine ganze Rente zuzusprechen. 6.2 Angesichts des vollen Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten. 6.3 Der Beschwerdeführer hat bei vollem Obsiegen auch Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 24. Februar 2016 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen ab 1. Juni 2010 eine ganze Rente zugesprochen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet. 4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.