

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/148 vom 15. Januar 2010**

Sg Versicherungsgericht, 2010-01-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2016\\_148](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_148)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/148 du 15 janvier 2010

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/148 del 15 gennaio 2010

## **Regeste**

Beweiswert eines polydisziplinären medizinischen Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Mai 2018, IV 2016/148).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. April 2016, mit welcher sie das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom Februar 2014 (Neuanmeldung nach formell rechtskräftiger Rentenzusprache vom 11. November 2013 mit Befristung des Anspruchs auf Februar 2013) abwies. Dass sie das Gesuch an die Hand nahm, war - schon angesichts des Hinweises auf eine mögliche Neuanmeldung (ohne Aufklärung über die je unterschiedlichen Anforderungen und Folgen von Beschwerde und Neuanmeldung) - gerechtfertigt. Berufliche Massnahmen hatte sie am 2. Februar 2015 als nicht durchführbar bezeichnet. 1.2 Der Beschwerdeführer lässt mit der Beschwerde die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Rente ab Juli 2014, eventualiter weitere Abklärungen, beantragen. Streitgegenstand bildet daher der allfällige Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte 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.

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 28 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 Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1). 2.3 Die Rechtsanwender überprüfen die ärztlichen bzw. gutachterlichen Angaben nach der Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2) frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen

Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (vgl. Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG).

### **E. 3**

3.1 Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers liegt namentlich das Gutachten vom 5. November 2015 vor, auf welches sich die Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung stützte. 3.2 Der Beschwerdeführer beklagte bei der Begutachtung Rückenbeschwerden, vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule, aber auch der Halswirbelsäule, sowie Schmerzen in beiden Beinen - samt Gefühlsstörungen - und in den Schultergelenken, zeitweise auch an den Ellbogen, ausserdem Konzentrationsstörungen (IV-act. 224-22). Es beständen eine bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzakkzentuierung (beim Bücken, Treppensteigen, längerem Gehen, aber auch nachts und bei längerem Sitzen und Stehen) sowie ein Einschlafgefühl und Ameisenlaufen in den Füßen. Ausserdem nannte der Beschwerdeführer nebst den Schulterschmerzen auch noch ein Einschlafgefühl der linken Hand, Nackenschmerzen und Schlafstörungen (vgl. IV-act. 224-54 f.).

### **E. 3.3**

3.3.1 Nach der traumatologisch-orthopädischen Untersuchung vom 19. August 2015 (IV-act. 224-36 ff.) hielt der betreffende Gutachter fest, in der Gesamtschau der orthopädischen Befunde könne dem Beschwerdeführer eine wechselseitig belastende, abwechslungsweise im Stehen/Sitzen zu verrichtende Verweistätigkeit ohne Heben von schweren Lasten (über 15 kg) zugemutet werden. - Der Gutachter der Orthopädie begründet seinen Standpunkt unter anderem damit, dass die Schulter-, Hüft- und Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers in den vergangenen zwölf Jahren therapeutisch hätten angegangen werden können. 3.3.2 Er gibt bekannt, im Schulterbereich habe mit Infiltrationen eine Verbesserung erreicht werden können. Die im MRT mehrmals dargestellten leichten degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne seien nicht weiter progredient gewesen. Die klinische Untersuchung habe eine recht gute Funktion des linken Schultergelenks gezeigt (vgl. IV-act. 224-42). (Zumindest) die erstgenannten Feststellungen bezogen sich nach der Aktenlage auf die rechte Schulter. Die Beschreibung der einzelnen Schädigungen des Schultergelenks rechts (erste zwei Unterpunkte) in der diesbezüglichen BEGAZ-Diagnose (IV-act. 224-73) geht denn auch auf die Angaben über das Arthro-MRI der Schulter rechts vom 18. September 2003 (IV-act. 33-8) zurück. Das Arthro-MRT vom 6. Dezember 2007, auf welches in der Diagnoseliste ebenfalls im Zusammenhang mit dem Impingementsyndrom der rechten Schulter (dritter Unterpunkt) hingewiesen wurde, hatte dagegen (wie das Röntgenbild vom 30. November 2007) die linke Schulter abgebildet (IV-act. 224-41). Der Gutachter hat aber jedenfalls die AC- und Glenohumeral-Gelenke beidseits klinisch untersucht und die (je unterschiedlichen) relevanten aktuell vorgefundenen Befunde aufgenommen und detailliert beschrieben (vgl. IV-act. 224-38). Die Seitwärts-Elevation im Glenohumeral-Gelenk rechts des Beschwerdeführers war dabei leicht schmerzhaft gewesen. 3.3.3 Weiter berichtet der Gutachter der Orthopädie, die Offset-Störung im Bereich des rechten Hüftgelenks sei im Jahr 2008 mit einer Arthroskopie therapiert worden. Auch hier hätten sich bei der klinischen Untersuchung wenige Residuen gezeigt. Die Distraktions-Spondylodese L5/S1 habe bezüglich des lumbovertebralen

Schmerzsyndroms wenig Verbesserung gebracht. Zu den vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten ausstrahlenden Beschwerden in den unteren Extremitäten sei das neurologische Teilgutachten zu beachten (vgl. IV-act. 224-42). Die letztgenannten Beschwerden bewertet der Gutachter nach der Aktenlage als invaliditätsfremde Faktoren (vgl. IV-act. 224-43, 42). Sie gehören nach seiner Auffassung demnach nicht der Orthopädie (oder Neurologie) zu, denn andernfalls wäre nicht ersichtlich, inwiefern invaliditätsfremde Gegebenheiten sollten vorliegen können. Bei der klinischen orthopädischen Untersuchung war unter anderem festgestellt und berücksichtigt worden, dass der Beschwerdeführer mit der rechten unteren Extremität leicht hinkte (IV-act. 224-37). Bei forcierter Aussen- und Innenrotation der Hüften wurden Schmerzen festgestellt, rechts mehr als links (IV-act. 224-39).

3.3.4 Was die Grundlagen aus bildgebenden Verfahren betrifft, stützte sich der Gutachter der Orthopädie gemäss seinen Ausführungen insgesamt auf verschiedene alte Bilder aus den Jahren 2003 und 2007 und auf ein einzelnes jüngeres Bild, ein MR der Hüfte rechts vom 16. Mai 2012. Es wurden bei der BEGAZ-Begutachtung jedoch noch aktuelle (konventionelle) Röntgenbilder von Becken und Hüfte und der LWS (IV-act. 224-86) sowie ein MRT der LWS nativ (IV-act. 224-87) erstellt, allerdings erst am 29. September 2015, also nach der allgemein-internistischen und der orthopädischen Untersuchung. Der Gutachter der Orthopädie (wie jener der Allgemeinen Inneren Medizin, an den der Bericht gerichtet war), setzte sich in seinen eigenen Ausführungen mit diesen aktuellen Bildern dementsprechend nicht auseinander. Dieser Umstand fällt zwar vorliegend insbesondere deshalb auf, weil das Absehen vom Erstellen (und damit Beurteilen) aktueller Bilder im Rahmen der Begutachtung im November 2009 (Gutachten vom Januar 2010) durch das ABI gerichtlich als Mangel bezeichnet worden war. Ausschlaggebende Bedeutung kommt ihm aber nicht zu. Denn nach Lage der Akten boten die aktuellen konventionell radiologischen Bilder, die lediglich mässige Zeichen der Coxarthrosen beidseits, rechts mehr als links, und (konventionell radiologisch) mit Ausnahme von leichten spondylophytären Anbauten keine wesentlichen Degenerationen der LWS ergaben, keinen Grund für Weiterungen. Mit dem MRT der LWS befasste sich ausserdem ausdrücklich der Neurologe in seinen Ausführungen (vgl. unten E. 3.4.1).

3.3.5 Insgesamt ist der klinischen (traumatologisch-orthopädischen) Untersuchung die ausschlaggebende Bedeutung für die Beurteilung von Funktion und Arbeitsfähigkeit zuzumessen. Die Folgerungen zu diesen beiden relevanten Aspekten sind bezüglich des somatischen Beschwerdebilds ausserdem schliesslich polydisziplinär (namentlich unter Berücksichtigung der neurologischen Beurteilung, vgl. unten) gefunden worden, was ihnen erhöhtes Gewicht gibt. Von einer Ergänzung des orthopädischen Teils (zur ausdrücklichen Befassung mit dem Bildmaterial) kann daher abgesehen werden.

## **E. 3.4**

3.4.1 In neurologischer Hinsicht gelangte das Gutachten zum Schluss, körperlich schwere und häufig mittelschwere Arbeiten einschliesslich der bisherigen Tätigkeit würden das Risiko einer Zustandsverschlechterung der teilweise beeinträchtigten Wirbelsäulenfunktion beinhalten und seien dem Beschwerdeführer daher nicht zumutbar. Angepasste, körperlich leichte bis sporadisch mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne vorwiegend einseitige Körperhaltung seien ihm hingegen voll zumutbar. Der Gutachter der Neurologie gab diese Einschätzung ab, nachdem er die Vorakten - darunter namentlich einen Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 23. März 2015 (IV-act. 224-82) - und das erwähnte MRT der LWS vom 29. September 2015 zur Kenntnis genommen, einen neurologischen Status erhoben und Neurographien von N. medianus und ulnaris links und

vom N. suralis beidseits erstellt hatte. Das MRT der LWS habe eine leichte Discopathie L2/3 [gemäss Befund eine flache mediane Diskusprotrusion] ohne Wurzel-läsion, leichte degenerative Veränderungen L4/5 und L5/S1 und einen Anuluseinriss L5/S1 [gemäss Befund samt L4/5] mediolateral links gezeigt. Eine Kompromittierung neuraler Strukturen sei nicht zur Darstellung gekommen. Der Gutachter erklärte, im Bereich der LWS hätten sich eine Bewegungseinschränkung und ein lokales Reizsyndrom, aber kein radikuläres Reiz- und Ausfallssyndrom, gezeigt, an den unteren Extremitäten ausserdem eine funktionell nicht ins Gewicht fallende leichte Grosszehenheberschwäche. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei unauffällig und adäquat gewesen, ohne Aggravation. Lediglich aus einem Bericht hätten sich Hinweise auf eine möglicherweise ungenügende Kooperationsbereitschaft im Sinn einer Selbstlimitierung ergeben. Der betreffende Bericht, der Arztbericht des Rheuma- und Rehabilitationszentrums Klinik Valens vom 20. April 2004 samt beigelegtem Austrittsbericht vom 15. Januar 2004 (IV-act. 23), hatte erwähnt, Konsistenz und Belastungsbereitschaft seien mässig gewesen, allerdings auch, die Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit sei realistisch gewesen. Der Bericht war zudem bei der Begutachtung bereits mehr als zehn Jahre alt. Der Gutachter der Neurologie hielt insgesamt fest, es bestünden ein organischer Beschwerdekern orthopädischer Natur und darüber hinaus eine ausgeprägte funktionelle Überlagerung. Was die Retrospektive betrifft, legte der Neurologe dar, es seien über die Jahre hinweg ausgedehnte ambulante und stationäre Behandlungen durchgeführt worden, ausserdem interventionelle Behandlungen mit Infiltrationen und einem neurochirurgischen Eingriff an der Lendenwirbelsäule. Ob für Letzteren eine ausreichende Indikation bestanden habe, könne nicht geklärt werden. Jedenfalls seien die Behandlungen umfassend und intensiv gewesen, das Ergebnis aber sei ernüchternd, mit weitgehend therapierefraktärem Verlauf (IV-act. 224-69). 3.4.2 Die Schlussfolgerung des Gutachters der Neurologie erscheint begründet und für den Begutachtungszeitpunkt ausreichend überzeugend. Die rückblickende Beurteilung (Infragestellen der Indikation für interventionelles Vorgehen) ist zwar in Anbetracht der echtzeitlichen Akten mit Zurückhaltung zu betrachten, im Übrigen ebenso wie die pauschale, bis zu zwölf Jahre retrospektive Beurteilung des Gutachters der Orthopädie. Was den Vergleich mit dem Ergebnis der ABI-Begutachtung betrifft, ist ausserdem namentlich insofern ein Vorbehalt anzubringen, als jene Abklärung gerichtlich für den Sachverhalt ab Januar 2009 als ergänzungsbedürftig bezeichnet worden ist. Beide Aspekte schmälern aber nicht die Beweiskraft der für das vorliegende Verfahren massgeblichen aktuellen Begutachtungsergebnisse.

### **E. 3.5**

3.5.1 Was des Weiteren den psychiatrischen Zustand des Beschwerdeführers betrifft, beurteilte der Gutachter der Psychiatrie dessen Arbeitsfähigkeit - versicherungsmedizinisch betrachtet - als nicht dauerhaft eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sollte unter diesem Gesichtspunkt in der Lage sein, eine körperlich adaptierte, einfach strukturierte Tätigkeit in vollem Pensum auszuüben. In den Zeiten, in denen er in der Tagesklinik in Behandlung gestanden habe, sei er aber sicherlich arbeitsunfähig gewesen. Eine depressive Störung liege zurzeit nicht vor. Die vorhandenen Verstimmungszustände träten im Rahmen von psychosozial belastenden Situationen auf und könnten daher nicht als eigenständige Störung interpretiert werden. Es sei zwar möglich, dass sie ein Ausmass erreichten, bei welchem allenfalls von einer depressiven Störung gesprochen werden könne, doch handle es sich im Grunde genommen um rezidivierende Anpassungsstörungen in subjektiv bedrängenden Situationen. Diese Störungen seien jedoch nicht in einem so gravierenden

Ausmass vorhanden, dass dem Beschwerdeführer keine Tätigkeit mehr möglich wäre. 3.5.2 Bei der Begutachtung vom 6. August 2015 lag nach dem Gutachten keine depressive Störung vor. Diese Feststellung wurde mit dem gutachterlich psychiatrisch erhobenen Befund einwandfrei begründet. Der Beschwerdeführer sei in keiner Weise depressiv verstimmt, im Gespräch kognitiv nicht wesentlich beeinträchtigt, affektiv gut moduliert, zur Kontaktaufnahme ohne Weiteres fähig und psychomotorisch nicht verlangsamt gewesen. Dass in mehreren fachärztlichen Berichten depressive Störungen diagnostiziert worden sind, vermag an der Überzeugungskraft der gutachterlichen Befundbeurteilung nichts zu ändern (zumal auch etwa in der neuropsychologischen Untersuchung nichts anderes aufgefallen ist, vgl. IV-act. 224-47). Plausibel erscheint auch die vom Gutachter erwähnte diagnostische Einordnung als rezidivierende Anpassungsstörungen in subjektiv bedrängenden Situationen (schon das ABI hatte eine Anpassungsstörung diagnostiziert), die am Ende allerdings keinen Eingang ins Gutachten fand (stattdessen - in Anlehnung an die jeweiligen echtzeitlichen Angaben der behandelnden Ärzte - die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell remittiert). Der Gutachter beschrieb ausserdem umfassend und nachvollziehbar die für die Situation des Beschwerdeführers und den ausschlaggebenden psychiatrischen Gesundheitszustand bedeutsamen Aspekte und zog dabei auch einen Vergleich mit dessen Alltagsaktivitäten. Er würdigte nebst den verschiedenen Einschränkungen auch die diversen Fähigkeiten (vgl. IV-act. 224-32 f.) und (insgesamt allerdings als knapp bezeichneten) Ressourcen. Der Gutachter der Psychiatrie hat auch zur Kenntnis genommen, dass der Beschwerdeführer nachts lediglich vier bis fünf Stunden schläft (vgl. IV-act. 224-26) und das Mirtazapin im Hinblick auf die schlafanstossende Wirkung einsetzt (IV-act. 224-34). Die Schlafprobleme waren im Übrigen auch bei der neurologischen Begutachtung erwähnt worden (vgl. IV-act. 224-55). Schon beim Rehabilitationsaufenthalt in Valens im Dezember 2003 war deren Behebung ein Ziel gewesen (IV-act. 23-6) und das ABI hatte im Januar 2010 eine nichtorganische Insomnie diagnostiziert. 3.5.3 Die gutachterliche Beurteilung weicht (in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten) deutlich (wenn auch nicht durchwegs diametral) von den Einschätzungen der behandelnden Ärzte ab, hatten doch med. pract. D.\_\_\_\_ eine volle Arbeitsunfähigkeit und die Klinik Teufen eine solche von 50 % angenommen. - Med. pract. D.\_\_\_\_ hatte am 7. März 2014 von immer schlimmer gewordenen und schlimmer werdenden Depressionen des Beschwerdeführers berichtet, die Schlaflosigkeit und suizidale Gedanken bewirkten, aber auch massgeblich von vermehrten Hüft- und Rückenschmerzen. Die Arbeitsfähigkeit werde mittel- bis längerfristig nicht mehr wieder aufleben können. Am 30. April 2014 hatte er (der behandelnde Psychiater) erklärt, selbst die Erledigung der alltäglichen Angelegenheiten, der Haushaltsführung, des Schriftverkehrs und der Ämtergänge sei dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich. Im IV-Arztbericht vom 14. November 2014 (IV-act. 190) gab der Psychiater wiederum an, es liege - seit 2003 - eine schwere rezidivierende depressive Störung vor. Der Beschwerdeführer sei schwer krank (depressiv) und leide an Ein- und Durchschlafstörungen, Antriebs-, Freud- und Hoffnungslosigkeit, und nebst den starken Körperschmerzen an massiven Selbstvorwürfen, häufig auch mit Suizidgedanken. - Der Gutachter der Psychiatrie erklärt bezüglich der erwähnten Alltagstätigkeiten (wie etwa Schriftverkehr) nachvollziehbar, dass es sich bei diesen Tätigkeiten mehrheitlich um Bereiche handelt, welche dem Beschwerdeführer als solche nicht liegen [aufgrund seiner Interessen und Veranlagungen]. - Nach gutachterlicher Beurteilung kann die wiederholte Einschätzung als schwere depressive Störung durch den behandelnden Psychiater nicht

nachvollzogen werden. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass in den erwähnten Berichten die Lebenssituation des Beschwerdeführers ganzheitlich betrachtet und gesundheitlichen - sowohl somatischen wie psychiatrischen - und sozialen und finanziellen Aspekten Rechnung getragen wird. So sehr diese Sichtweise der mit der Behandlung des Beschwerdeführers befassten Ärzte auch begreiflich ist, sind doch für eine Beurteilung der invalidenversicherungsrechtlich relevanten Arbeitsfähigkeit nur die Einschränkungen von Bedeutung, welche aus einem (in diesem Zusammenhang: psychiatrischen) Gesundheitsschaden resultieren (welche Gründe allerdings auch immer bei dessen Entstehung mitgewirkt haben mögen, also auch soziale, vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.2). Die behandelnden Ärzte haben ausserdem einerseits die (vorteilhafte) Möglichkeit einer längeren Beobachtungszeit (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 21. Dezember 2005, 4P.254/2005). Andererseits aber haben sie einen therapeutischen Auftrag (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 25. Mai 2007, I 514/2006) und befinden sich zudem in einer Vertrauensstellung zu ihren (vor allem langjährigen) Patienten (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 27. August 2008, 8C\_588/2007; BGE 125 V 353 E. 3b/cc), so dass es nicht ihre Sache sein kann, deren Arbeitsfähigkeit objektiv einschätzen zu müssen (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 22. April 2014, 9C\_184/2014; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.5), und so dass des Weiteren damit gerechnet werden muss, dass sie sich durch die "Macht des Faktischen" von deren pessimistischer subjektiver Einstellungen überzeugen lassen (so der nicht veröffentlichte Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. März 2003, IV 2002/10). - Auch mit der Einschätzung durch die Klinik Teufen, wo eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen diagnostiziert worden war, hat sich der Gutachter der Psychiatrie im Übrigen ferner auseinandergesetzt. Er weist darauf hin, dass dort eine Rückbildung der depressiven Symptomatik, eine Schmerzlinderung, eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und ein Abbau der schmerzbedingten Vermeidungshaltung hätten erreicht werden können.

3.5.4 Dass der Beschwerdeführer seit langer Zeit - nach der Aktenlage seit Januar 2009 (IV-act. 190-1) - psychiatrisch behandelt wird (vom 8. Mai 2009 bis 9. Juli 2010 und nochmals vom 9. Februar 2011 bis 12. Dezember 2011 teilstationär in der Tagesklinik und danach in der Praxis des behandelnden Psychiaters im Spital, vgl. Bericht vom 28. März 2012, IV-act. 126; ferner im Psychiatrischen Zentrum Y.\_\_\_\_), kann in der Würdigung nicht ausser Acht bleiben. Der Beschwerdeführer nimmt auch Psychopharmaka ein (die Serumspiegel für Mirtazapin und Lyrica lagen allerdings "unterhalb des Normwertes", IV-act. 224-19; der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, die Dosis sei möglicherweise zu gering, doch angesichts des zurzeit euthymen Zustands sei eine antidepressive Medikation nicht unbedingt indiziert, IV-act. 224-34). Es ist denn auch nachvollziehbar, dass die seit Jahren bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und anschliessenden sozialen Schwierigkeiten mit Arbeitslosigkeit psychisch belastend sind. Aus diesen Umständen lässt sich jedoch nicht ohne Weiteres ableiten, der Beschwerdeführer leide an einem Arbeitsunfähigkeit bewirkenden psychiatrischen Gesundheitsschaden. Zu berücksichtigen sind auch unter diesem Gesichtspunkt die erwähnte besondere Vertrauensstellung und namentlich der therapeutische Blickwinkel der behandelnden Ärzte.

3.5.5 Für die Invaliditätsbemessung massgebend ist die möglichst objektive Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Vorliegend ist von Bedeutung, dass im psychiatrischen Gutachten auch die Beurteilungen der behandelnden Ärzte berücksichtigt wurden und dass das Ergebnis sorgfältig, einleuchtend und schlüssig begründet ist, was (im Unterschied zu dem im vom Beschwerdeführer erwähnten Entscheid IV 2006/91 beurteilten Sachverhalt) seinen

Beweiswert ausmacht. Angesichts dieser Umstände und der Vollständigkeit des psychiatrischen Gutachtens ist auch die für die eigentliche Untersuchung aufgewendete Zeit nicht als ungenügend zu bezeichnen. 3.6 Die allgemein-internistische Abklärung erschöpfte sich nebst dem Erfragen der Anamnese in einem kursorisch anmutenden Erheben eines (Teil-) Status (IV-act. 224-24), bei welcher das gerügte Versehen in Bezug auf die Körpergrösse des Beschwerdeführers erfolgte. Die Koronaratheromatose (erst im Bericht vom Februar 2016 erwähnt) und die "Arterienoperationen" (ebenfalls erst später genannt) wurden (dementsprechend) nicht thematisiert. Ein Grund für relevante Skepsis ist diesbezüglich nicht ersichtlich. 3.7 Schliesslich wurde eine neuropsychologische Begutachtung veranlasst, obwohl in dieser Hinsicht (abgesehen von angegebenen Konzentrationsstörungen, IV-act. 224-22 und 25) kein Anhaltspunkt für eine relevante Einschränkung bestand und keine bedeutenden subjektiven Beschwerden vorlagen. Die Untersuchung umfasste sehr viele Tests. Es ergab sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht. Dass von weiteren Untersuchungen unter diesem Aspekt abgesehen wurde, ist nicht zu beanstanden. 3.8 Die Vorbringen gegen die Stichhaltigkeit des Gutachtens begründen insgesamt keine namhaften Zweifel am Ergebnis. Zur Rüge der mangelnden Aktenkenntnis der Begutachtungsstelle ist insbesondere noch zu erwähnen, dass der Bericht des Psychiatrischen Zentrums Y.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2015 erst mit dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2016 und derjenige vom 20. Mai 2015 erst mit der Beschwerde, also je nach der Begutachtung, zu den Akten gelangt sind. Neue, im Gutachten nicht bereits berücksichtigte Gesichtspunkte sind nicht genannt worden. Der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ ist im neurologischen Gutachten berücksichtigt worden. 3.9 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Begutachtungsergebnis abgestellt werden kann.

#### **E. 3.10**

Es ist daher anzunehmen, dass der Beschwerdeführer für eine adaptierte Tätigkeit arbeitsfähig ist. Er selber ist denn auch, was unterstützt werden soll, gewillt zu arbeiten. Er hält sich allerdings für in der Lage, lediglich zwei Stunden pro Tag zu arbeiten (IV-act. 224-34).

#### **E. 3.11**

Angemerkt werden kann, dass - was allerdings rechtlich angesichts der Neuanmeldung nach rechtskräftiger Renteneinstellung nicht im Sinn von Art. 17 ATSG, sondern lediglich von Art. 87 Abs. 3 IVV relevant ist (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juli 2016, IV 2015/229) - nach der Aktenlage im Zeitablauf (im Vergleich zum Zustand im Jahr 2008, als der Beschwerdeführer noch operiert worden und auch in adaptierter Tätigkeit arbeitsunfähig gewesen war) von einer wesentlichen Verbesserung der unter einzig gesundheitlich bedingt betrachteten Leistungsfähigkeit auszugehen ist.

#### **E. 4**

Angesichts der vollen Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Einen invaliditätsbedingten Erwerbsausfall von mindestens 40 % hat der Beschwerdeführer bei der Anwendung der statistisch erhobenen Lohndaten sowohl als Valideneinkommen wie als Grundlage für die Bemessung des Invalideneinkommens - selbst bei Annahme des Maximalabzugs - nicht hinzunehmen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei der Invaliditätsbemessung von einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage ausgegangen wird (vgl. Art. 16 ATSG). Der

ausgeglichene Arbeitsmarkt ist ein theoretischer und abstrakter Begriff (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2). Er hat rein hypothetischen Charakter und dient dazu, die Risiken Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, nunmehr Bundesgerichts, i/S C. vom 16. Juli 2003, I 758/02; BGE 110 V 276 E. 4b). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens kommt es nicht darauf an, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen tatsächlich vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob und in welchem Rahmen sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprächen (vgl. AHI 1998 S. 287 E. 3b). Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt beinhaltet von seiner Struktur her sowohl bezüglich der beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten bzw. verschiedenartiger Stellen (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 9. Januar 2015, 8C\_652/2014, und vom 23. September 2014, 9C\_192/2014). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts umfasst er auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 8. Oktober 2015, 8C\_582/2015, vom 28. November 2014, 9C\_485/2014, und vom 29. August 2013, 8C\_514/2013). Allerdings dürfen keine realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten berücksichtigt werden. Insbesondere kann von einer zumutbaren Tätigkeit im Sinn von Art. 16 ATSG dort nicht gesprochen werden, wo sie nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 8. Oktober 2015, 8C\_582/2015, und vom 28. April 2010, 8C\_1050/2009; ZAK 1991 S. 318 E. 3b). Von solchen von der Rechtsprechung umschriebenen Verhältnissen ist vorliegend nicht auszugehen, auch wenn plausibel ist, dass die starke Ausrichtung seiner Fähigkeiten auf praktische Arbeit (vgl. IV-act. 224-51) in Kombination mit dem Verlust der Möglichkeit zu schwererer Tätigkeit es dem Beschwerdeführer erschwert, tatsächlich wieder eine Anstellung aufzufinden.

## **E. 5**

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 5.2 Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Angesichts der mündlichen Verhandlung erscheint eine Entscheidgebühr von Fr. 1'000.-- angemessen (einschliesslich der Dolmetscherkosten; vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. A. 2015, N 62 zu Art. 61 ATSG). Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden, hier also der Beschwerdeführer. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 600.-- ist ein entsprechender Teil der geschuldeten Gerichtskosten beglichen. Entscheid 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- unter Anrechnung des von ihm bezahlten Kostenvorschusses von Fr. 600.--.