

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/17 vom 3. September 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-09-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_17](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_17)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/17 du 3 septembre 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/17 del 3 settembre 2020

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Würdigung eines Gutachtens. Standardindikatoren. Rückweisung zu ergänzenden Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. September 2020, IV 2018/17).

## **Volltext**

Entscheid vom 3. September 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annina Janett Geschäftsnr. IV 2018/17 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, rohner thurnherr wiget & partner, Rosenbergstrasse 42b, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich im Dezember 2013 unter Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall im Juli 2013 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er war seit November 2000 als Schlosser im 100%-Pensum bei der Stadtverwaltung B.\_\_\_\_ tätig (IV-act. 1, 2, 35). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, berichtete am 25. September 2013, der Versicherte leide an einer Lumboischialgie links und an einer Spondylarthrose L4/5 und L5/S1. Die am 10. September 2013 durchgeführte Kernspintomographie der LWS habe abgesehen von der leichten Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 einen normalen Befund ohne Nachweis einer mechanischen Nervenkompression ergeben (IV-act. 14-5 ff.). Der Allgemeinmediziner Dr. med. D.\_\_\_\_ berichtete am 31. Januar 2014, der Versicherte leide an einer chronischen leichten Depression. Er sei in seiner Arbeitsfähigkeit durch chronische Lumbalgien eingeschränkt (IV-act. 14-1 ff.). Dem Versicherten wurden ab dem 6. August 2013 verschiedene Arbeitsunfähigkeiten attestiert, zuletzt im Umfang von 30% ab dem 1. Februar 2014 (vgl. IV-act. 14-3 f.). Ab März 2014 führte die IV-Stelle Eingliederungsmassnahmen mit dem Zweck des Arbeitsplatzerhalts durch (IV-act. 20 ff.). Am 30. April 2014 fand eine medizinische Abklärung durch den IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) statt. Die RAD-Ärztin E.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, berichtete am 1. Mai 2014, der Versicherte leide an einem lumbospondylogenen und an einem zervikospondylogenen Schmerzsyndrom. Daneben hätten sich Hinweise auf eine Schmerzverarbeitungsstörung ergeben. Mit Blick auf die objektivierbaren Befunde bestehe eine eingeschränkte Rückenbelastbarkeit mit Einschränkungen beim schweren Heben und Tragen und beim Arbeiten in längeren Zwangshaltungen der Wirbelsäule; wegen der eingeschränkten Belastbarkeit der Halswirbelsäule bestünden zudem Einschränkungen bei Arbeiten über Kopf. Die angestammte Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit mit Gewichten bis 15kg mit

einer Wechselbelastung zwischen Sitzen, Gehen, Stehen ohne längere Wirbelsäulenzwangshaltungen sei der Versicherte zu 80% bis 100% arbeitsfähig (IV-act. 39). Am 18. Juni 2014 hielt die RAD-Ärztin ergänzend fest, dass dem Versicherten die Tätigkeit als Mitarbeiter Schlosserei mit dem entsprechenden Belastungsprofil zumutbar sei (IV-act. 45). Ab dem 30. Juni 2014 unterstützte die IV-Stelle den Versicherten bei einem Arbeitsversuch als Hauswart (IV-act. 50, 54 f.). Nachdem es anlässlich dieser Tätigkeit zu Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Rückenproblemen gekommen war, wurde die Tätigkeit als nicht adaptiert erachtet (vgl. IV-act. 62). Ab dem 1. Oktober 2014 arbeitete der Versicherte im Sinne einer Übergangslösung in einer adaptierten Tätigkeit in der Schlosserei. Aufgrund von fehlenden offenen Stellenprozenten kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis schliesslich im November 2014 per 5. August 2015 (IV-act. 60, vgl. das Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung vom 26. Januar 2015, IV-act. 63). Am 18. Februar 2015 wurden in der Klinik F.\_\_\_\_ bei der Diagnose einer Meniskusläsion am linken Knie eine diagnostische Arthroskopie sowie eine Teilmeniskektomie durchgeführt (IV-act. 70). Der Hausarzt berichtete der IV-Stelle am 13. April 2015, der Versicherte leide an einer Meniskopathie mit einer Bakerzyste, an einer Cervicobrachialgie bei NPP/LWS, an einer Lumboischialgie bzw. chronischen Lumbalgie sowie an einer chronischen Depression (leicht bis phasenweise mittelgradig). Eine angepasste Tätigkeit sei dem Versicherten vollumfänglich möglich (IV-act. 67). Im Juli 2015 bezeichnete der Hausarzt den Gesundheitszustand des Versicherten bei einer unveränderten Diagnosestellung als verschlechtert. Sowohl das chronische Schmerzsyndrom als auch die Depression hätten zugenommen. Dem Versicherten seien zurzeit keine Tätigkeiten zumutbar. Im Oktober 2015 erachtete der Hausarzt den Gesundheitszustand des Versicherten als stationär (IV-act. 79 und 87). Am 8. Dezember 2015 berichtete der behandelnde Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_ der IV-Stelle auf Anfrage, dass der Versicherte seit dem 20. Oktober 2015 bei ihm in Behandlung sei. Er leide seit ca. Dezember 2014 an einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) bei einer Diskushernie mit einer anhaltenden Schmerzsymptomatik, bei einer Kündigung bzw. einem Arbeitsplatzverlust und bei einer vorbestehenden depressiven Persönlichkeitsstörung (Dysthymia, ICD-10 F34.1). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit zu 50% im Umfang von vier Stunden täglich zumutbar. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit; besondere Anpassungen seien nicht angezeigt. Eine intensivere Behandlung sei wegen der reduzierten Therapiefähigkeit und der Persistenz der Körperbeschwerden nicht erfolgversprechend (IV-act. 90). Am 2. Mai 2016 bezeichnete Dr. G.\_\_\_\_ den Gesundheitszustand des Versicherten als stationär. Dem Versicherten sei sowohl die angestammte als auch eine adaptierte Tätigkeit im Umfang von vier Stunden täglich (50% mit voller Leistung) zumutbar (IV-act. 99). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine bidisziplinäre Begutachtung des Versicherten durch die medexperts AG (vgl. IV-act. 103 ff.). Am 16. August 2016 wurde der Versicherte von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch und von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, orthopädisch begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 17. Oktober 2016 führten die Sachverständigen aus, dass beim Versicherten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit einem somatischen Syndrom (DD: Dysthymia, DD: Bipolare affektive Störung), massive LWS-Schmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein bei einer diskreten Spondylarthrose L4-S1 sowie HWS-Beschwerden mit Ausstrahlung in die rechte Schulter bei einer Bandscheibendegeneration mit einer rechtsbetonten foraminalen

Diskushernie und einer foraminalen Stenose der Nervenwurzel C7 bestünden (IV-act. 119-25). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass der Versicherte anlässlich der Begutachtung bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen sei. Das formale Denken sei auf die Beschwerdeschilderung sowie auf depressive Inhalte eingeengt gewesen. Das Konzentrationsvermögen und die Aufmerksamkeit seien beeinträchtigt gewesen. Der Versicherte habe innerlich abgelenkt gewirkt. Inhaltlichen Denkstörungen seien nicht eruierbar gewesen. Die Stimmung sei gedrückt und die Modulationsfähigkeit sei dementsprechend reduziert gewesen. Er habe innerlich unruhig und gequält gewirkt. Mimik und Gestik seien verhalten und der Antrieb sei reduziert gewesen. Auf Anfrage habe der Versicherte von immer wieder auftretenden Selbstmordgedanken berichtet. Die Kriterien zur Diagnosestellung einer mittelgradigen depressiven Episode mit einem somatischen Syndrom seien erfüllt. Der psychiatrische Gutachter hielt weiter fest, die familiären und sozialen Beziehungen des Versicherten seien intakt. Die Angaben des Versicherten seien in sich konsistent und es bestehe keine Diskrepanz zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten während der Untersuchungssituation. Verdeutlichungs- und/oder Aggravationstendenzen hätten nicht vorgelegen. Der Versicherte werde adäquat behandelt; eine intensivere Behandlung sei ebenso wie eine berufliche Eingliederung nicht erfolgsversprechend. Aus psychiatrischer Sicht bestehe sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit seit Dezember 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bei einem vollen Pensum mit einer Reduktion der Leistung von 50% aufgrund der kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen (IV-act. 119-15 ff.). Der orthopädische Gutachter hielt fest, dass dem Versicherten die angestammte Tätigkeit aufgrund der Diskushernie C7 mit der Kompression der Nervenwurzel C7 und den massiven Lumbalgien nicht mehr möglich sei. Die früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten erschienen als korrekt. Am meisten schränkten den Versicherten die starken Schmerzen in der LWS mit der Ausstrahlung in das linke Bein ein. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich keine sensomotorischen Ausfälle, aber ein positiver Lasègue links bei 30° gezeigt. Die vom Versicherten empfundenen starken Schmerzen in der LWS hätten durch die radiologischen Untersuchungen nicht erklärt werden können. Aufgrund der klinischen Befunde an der LWS und der normalen seitengleichen Schulterbeweglichkeit bestehe aus orthopädischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit, allerdings mit kurzen Pausen nach jeweils 90 Minuten. Eine Therapieempfehlung könne nicht abgegeben werden; von einer Spondylodese wäre eher kein positiver Effekt zu erwarten (IV-act. 119-22 ff.). Bidisziplinär erachteten die Gutachter den Versicherten in der angestammten Tätigkeit ab September 2013 zu 50% und ab Juli 2014 zu 100% arbeitsunfähig. In einer adaptierten, abwechselnd im Sitzen, Stehen und Gehen ausgeführten Tätigkeit mit Tragen von Lasten bis maximal 5kg über kürzere Strecken von 20m und ohne Arbeiten auf Leitern oder Treppen oder in der gleichen Stellung über fünf Minuten sei der Versicherte aus bidisziplinärer Sicht zu 50% arbeitsfähig, dies bei voller Präsenz mit qualitativen Einschränkungen (IV-act. 119-28 f.). Der RAD notierte am 8. November 2016, dass auf das medexperts-Gutachten vom 17. Oktober 2016 abgestellt werden könne (IV-act. 121). Am 21. April 2017 berichtete Dr. G. \_\_\_ der IV-Stelle, dass der Gesundheitszustand des Versicherten unverändert sei. Die Prognose sei wegen der Therapieresistenz der körperlichen Erkrankung und der mangelhaften therapeutischen Beeinflussbarkeit ungünstig. Er erachtete die angestammte Tätigkeit während vier Stunden täglich als zumutbar. Auch adaptierte, einfache, körperlich leichte manuelle Tätigkeiten ohne Zeit- und Leistungsdruck seien dem Versicherten im gleichen Umfang zumutbar (IV-act. 136). Auf eine Rückfrage der IV-Stelle (vgl. IV-act.

142) antwortete der psychiatrische Sachverständige Dr. H.\_\_\_\_ am 20. August 2017, dass eine reduzierte Therapiefähigkeit vorliege, da die geltend gemachten Schmerzen trotz der adäquaten Behandlung persistierten. Behandlungsvorschläge aus orthopädischer Sicht, die mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands einhergehen würden, könnten nicht gemacht werden. Der Versicherte werde psychiatrisch-psychotherapeutisch bereits adäquat ambulant sowie medikamentös behandelt, ohne dass dadurch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit habe erlangt werden können. Daher sei eine intensivere Behandlung aufgrund der reduzierten Therapiefähigkeit und den persistierenden Körperbeschwerden nicht erfolgsversprechend, aber auch nicht unbedingt kontraindiziert (IV-act. 148). Am 29. Juni 2017 notierte der RAD, dass die mindestens mittelgradige depressive Störung durch die ausführlichen Befunde sowohl des Behandlers als auch des Gutachters bestens ausgewiesen sei. Aus fachpsychiatrischer Sicht sei eine mittelschwere Beeinträchtigung der beruflichen Funktionsfähigkeit bestens nachvollziehbar. Von weiteren Abklärungen seien keine neuen oder widersprüchlichen Erkenntnisse zu erwarten (IV-act. 149). Am 21. September 2017 führte der Rechtsdienst der IV-Stelle aus, dass der Versicherte noch nie in einer stationären Therapie gewesen sei, so dass die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien. Auch gebe es keine Hinweise darauf, dass eine stationäre Therapie nicht erfolgsversprechend wäre oder unzumutbar sein könnte. Die von den medexperts-Gutachtern diagnostizierte mittelgradige depressive Störung gelte daher gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung als nicht invalidisierend. Aus körperlicher Sicht liege gemäss dem Gutachten eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit vor, wobei der Versicherte nach 90 Minuten jeweils eine kurze Pause einlegen sollte. Demnach sei von einer Arbeitsfähigkeit von etwa 90% in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (IV-act. 154). Mit einem Vorbescheid vom 28. September 2017 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 27% an. Zur Begründung stützte sie sich im Wesentlichen auf die Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 21. September 2017 (IV-act. 157). Dagegen liess der Versicherte am 31. Oktober 2017 einwenden, dass ihm mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2015 eine Dreiviertelrente auszurichten sei. Es bestehe kein Grund, von der gutachterlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen. Sowohl die medexperts-Sachverständigen als auch der behandelnde Psychiater würden die Auffassung vertreten, dass der Versicherte adäquat behandelt werde und dass eine teilstationäre oder stationäre Behandlung nicht erfolgsversprechend sei. Die Therapierbarkeit eines psychischen Leidens sei für sich alleine betrachtet kein Ausschlussgrund für die Entstehung eines Rentenanspruchs (IV-act. 159). Am 23. November 2017 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt die Abweisung des Leistungsbegehrens. Zu den Einwänden führte sie aus, dass die Therapierbarkeit nicht der alleinige Grund für die Rentenabweisung darstelle. Auch der Umstand, dass der Versicherte erst seit Oktober 2015 in psychiatrischer Behandlung und die vom Bundesgericht geforderte Therapiekadenz nicht erfüllt sei, spreche gegen eine chronifizierte invalidisierende und therapieresistente Depression (IV-act. 160). Gegen diese Verfügung liess der Versicherte am 10. Januar 2018 Beschwerde erheben. Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer Dreiviertelrente ab 1. Dezember 2015 sowie die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung. Er führte ergänzend zum Einwand vom 31. Oktober 2017 aus, dass das Bundesgericht seine Rechtsprechung bezüglich der IV-Rentenansprüche von Personen mit psychischen Leiden geändert habe. Die angefochtene Verfügung stütze sich auf die alte Rechtsprechung und sei aufgrund der Praxisänderung des Bundesgerichts aufzuheben. Der Beschwerdeführer werde

psychiatrisch adäquat behandelt und eine stationäre oder teilstationäre Behandlung sei gemäss den Gutachtern und gemäss dem RAD nicht erfolgsversprechend. Die Auffassung der Beschwerdegegnerin gehe daher fehl. Die seit Dezember 2014 bestehende depressive Störung sei als chronifiziert zu betrachten. Die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers habe eine lange Vorgeschichte und reiche bis in dessen Kindheit zurück. Aus den Akten gehe keine fehlende Therapiemotivation hervor, auch sei die Medikamenten-Compliance nachgewiesen. Gemäss dem Gutachten fänden sich keine Diskrepanzen und keine Anhaltspunkte für eine Verdeutlichungs- oder Aggravationstendenz. Insgesamt sei kein Grund erkennbar, von der gutachterlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen (act. G 1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 8. Februar 2018 die Abweisung der Beschwerde. Sie führte im Wesentlichen aus, dass keine chronifizierte Depression bestehe, da der Beschwerdeführer bis im Juli 2013 Vollzeit gearbeitet habe, erst rund zwei Jahre in fachärztlicher Behandlung sei und keine früheren psychiatrischen Behandlungen aktenkundig seien. Es gebe keine Hinweise darauf, dass eine stationäre Therapie nicht erfolgsversprechend wäre. Diesbezügliche Hinweise von Dr. G.\_\_\_\_ und der Sachverständigen überzeugten nicht, weil beim Beschwerdeführer eine relativ unproblematische körperliche Befundlage vorliege. Auch stehe die Depression mit der psychosozialen Belastung (Verlust Arbeitsstelle) des Beschwerdeführers in Zusammenhang, was ebenfalls gegen ein invalidisierendes psychisches Leiden spreche. Der geltend gemachte erhebliche Leidensdruck sei nicht nachgewiesen (act. G 3). Am 14. Februar 2018 bewilligte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Beschwerdeverfahren (act. G 4). Am 11. April 2018 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten. Zur Begründung führte er im Wesentlichen das bereits in der Beschwerde Dargelegte an (act. G 8). Am 15. Mai 2018 liess der Beschwerdeführer eine Bestätigung vom 8. Mai 2018 einreichen, wonach er in der Zeit von 1994 bis 1997 wegen Depressionen in der Massage Praxis bei J.\_\_\_\_ behandelt worden sei (act. G 10 und 10.1). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 11). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 23. November 2017 das Rentengesuch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 27% abgewiesen (IV-act. 79). Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint hat. 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% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität 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). Um das Invalideneinkommen zu bestimmen und damit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsadaptierten Tätigkeit in der Zeit bis zum Erlass der Verfügung feststehen. Zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer durch die medexperts AG psychiatrisch und orthopädisch begutachten lassen. Der Beschwerdeführer führt zu Recht an, dass das Gutachten der medexperts AG unter der Geltung der früheren, inzwischen aufgegebenen bundesgerichtlichen Praxis erstellt worden sei. Das Bundesgericht hat in einem Fall einer an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidenden versicherten Person in BGE 141 V 281 ff. festgehalten, dass Gutachten, die auf der Grundlage seiner früheren Praxis eingeholt worden seien, nicht per se ihren Beweiswert verlören. Bezüglich der nunmehr geänderten (höchstrichterlich geschaffenen) beweisrechtlichen Anforderungen sei in jedem Einzelfall zu prüfen, ob das betreffende Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlaube oder nicht. Je nach der Abklärungstiefe und -dichte könne zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen. Das Bundesgericht hat mit dieser Praxisänderung ein sogenannt strukturiertes Beweisverfahren eingeführt. In dessen Rahmen ist das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der versicherten Person in einer Gesamtbetrachtung einzelfallgerecht und ergebnisoffen zu beurteilen. Diese Bewertung erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren (sog. Standardindikatoren), die die massgeblichen Aspekte psychosomatischer Leiden umfassen. Diese Rechtsprechung ändert allerdings nichts an der gesetzlichen Voraussetzung, dass eine invalidisierende Erwerbsunfähigkeit nur dann vorliegen kann, wenn sie bei einer objektiven Betrachtung unüberwindbar ist. Die versicherte Person trägt nach wie vor den Nachteil der Beweislosigkeit. Die bei der Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens zu beachtenden Standardindikatoren werden vom Bundesgericht in zwei Kategorien unterteilt, nämlich einerseits in die Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jene der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um einen behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. In BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht seine geänderte Praxis auf grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt, so dass grundsätzlich alle psychisch kranken Versicherten einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dies wird vom Bundesgericht damit begründet, dass bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestehen (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.). Damit ist ausschlaggebend, ob das

vorliegende Gutachten eine in diesem Sinn rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Der psychiatrische Gutachter hat die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit einem somatischen Syndrom gestellt und dem Beschwerdeführer aufgrund der kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten attestiert. Unter dem Titel "Handicaps und erhaltene Funktionen/Ressourcen" hat er festgehalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund der mittelgradigen depressiven Störung mit einem somatischen Syndrom bezüglich der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit sowie der Anwendung fachlicher Kompetenzen mittelgradig beeinträchtigt sei. Die Durchhalte- und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien mittelgradig bis schwer beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit und die Aufrechterhaltung von familiären und intimen Beziehungen seien leicht beeinträchtigt. Bei Spontanaktivitäten bestehe ebenfalls eine mittelgradige Beeinträchtigung. Die Entscheidungs- und die Urteilsfähigkeit seien nicht tangiert; ebenso seien die Selbstpflege und die Verkehrsfähigkeit gegeben. Zum sozialen Kontext hat der Gutachter festgehalten, dass die familiären und sozialen Beziehungen des Beschwerdeführers intakt seien. Die Angaben des Beschwerdeführers hat er als konsistent erachtet. Die psychiatrische Behandlung sei adäquat und die Fortführung werde empfohlen. Wegen der reduzierten Therapiefähigkeit und der Persistenz der Körperbeschwerden sei eine intensivere Behandlung nicht erfolgsversprechend (IV-act. 119-17 f.). Insgesamt hat sich der psychiatrische Gutachter zwar zum Komplex "Gesundheitsschädigung" und insbesondere zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und dem Behandlungs- und Eingliederungserfolg geäußert. Allerdings hat er sich nicht bzw. ungenügend mit dem Komplex "Sozialer Kontext" und insbesondere der Abgrenzung der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren sowie mit den Ressourcen des Beschwerdeführers (gemessen am sozialen Umfeld) auseinandergesetzt. Bei der attestierten Arbeitsunfähigkeit von immerhin 50% hätte sich der Gutachter ausführlicher und detaillierter mit dem Aktivitätenniveau in den verschiedenen Lebensbereichen befassen müssen; zudem hätte er eine überzeugende Begründung dafür liefern müssen, dass der Arbeitsunfähigkeitsgrad 50% und nicht mehr oder weniger beträgt. Im Weiteren vermag die im Gutachten nicht näher begründete Aussage, dass eine intensivere Behandlung aufgrund der "reduzierten Therapiefähigkeit" nicht erfolgsversprechend sei, unter dem Titel der Konsistenzprüfung nicht zu genügen. Auch im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin gestellten Rückfragen zur Therapiefähigkeit des Beschwerdeführers hat sich der Gutachter nicht objektiv mit dem anamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck des Beschwerdeführers befasst, sondern lediglich festgehalten, dass die Therapiefähigkeit eben reduziert sei, da die geltend gemachten Schmerzen trotz der adäquaten Behandlung persistieren würden und keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit habe erlangt werden können (IV-act. 148). Zusammenfassend hat der psychiatrische medexperts-Gutachter eine ungenügende Ressourcen- und Konsistenzprüfung vorgenommen. Folglich stellt das medexperts-Gutachten vom 17. Oktober 2016 im Lichte der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418 keine ausreichende Grundlage dar, um die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beurteilen. Die Verfügung ist deshalb in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ergangen und erweist sich damit als rechtswidrig. Nach der Auffassung des Bundesgerichts ist eine Rückweisung an die Verwaltung dann zulässig, wenn eine Ergänzung der

Ausführungen der Gutachter erforderlich ist (vgl. das Urteil des Bundesgerichtes vom 15. November 2019, 8C\_525/2019 E. 3.3). Die Sache ist folglich an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese bei den medexperts-Gutachtern die erforderlichen Ergänzungen einholt. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 23. November 2017 aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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. Die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung ist als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Dem Ausgang des Beschwerdeverfahrens entsprechend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Diese ist angesichts des durchschnittlichen Vertretungsaufwandes praxisgemäss auf Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, ist dieses Urteil von einer mitwirkenden Richterin mitunterzeichnet (Art. 39 ter Abs. 2 VRP/SG (sGS 951.1)). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 23. November 2017 aufgehoben und die Sache wird zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

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