

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/257 vom 9. Juli 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-07-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_257

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/257 du 9 juillet 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/257 del 9 luglio 2020

Regeste

Neuanmeldung nach zwei Abweisungen. Würdigung des im betreffenden IV-Verfahren erstellten polydisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Juli 2020, IV 2018/257).

Volltext

Entscheid vom 9. Juli 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2018/257 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 9./12. März 2004 (IV-act. 1) erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er sei seit 1986 in einem Bau-Betrieb angestellt und erziele ein Einkommen von monatlich Fr. 5'600.--. Seit dem 6. Juni 2002 leide er nach einem Unfall an Kopf-, Rücken- und Fusschmerzen. - In einer Unfallmeldung vom 7. Juni 2002 (Fremd-act. 2-118) war angegeben worden, es habe am Tag zuvor ein Auffahrunfall stattgefunden. Nach Angaben von Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, vom 13. September 2003 (Fremd-act. 2-88) hatte der Versicherte damals trotz beträchtlicher Kopf- und Hals-/Schulterschmerzen voll gearbeitet. Auf Mitteilung von Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 23. Oktober 2003 hin, dass der Versicherte nun zu 50 % arbeite, hatte der Suva-Kreisarzt dafürgehalten, der Versicherte werde immer wieder mit dem offensichtlichen Begehren nach einer Rente kommen (vgl. Fremd-act. 2-79). Am 26. November 2003 war ein Rückfall gemeldet worden (vgl. Fremd-act. 2-64). - Dr. C.____ gab im IV-Arztbericht vom 29. März 2004 (IV-act. 13) an, es bestehe beim Versicherten ein chronisches Cervicozephalales Schmerzsyndrom beidseits (bei Autoauffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma 06.06.2002, Diskusprotrusion Th2/3 und Th3/4 ohne Kontakt zur Nervenwurzel [MRI 20.11.03] und Symptomausweitung). Als Bauarbeiter sei er vom 20. Oktober 2003 bis 5. November 2003 voll arbeitsunfähig gewesen; seither sei er es zu 50 %. Ein Aufenthalt in der Klinik D.____, wo auch eine gutachterliche Untersuchung hätte stattfinden sollen, sei wegen fehlender Compliance des Versicherten vorzeitig abgebrochen worden. Die Klinik D.____ hatte in einem Austrittsbericht vom 11. März 2004 (Fremd-act. 2-15 ff.) angegeben, schon bei Eintritt habe der Versicherte einen sehr schmerzfixierten Eindruck gemacht und ein demonstratives Schmerzverhalten gezeigt. Wegen zu geringer Leistungsbereitschaft und Selbstlimitierung habe in den Therapien keine Besserung erreicht werden können. Ab 1. März 2004 sei der Versicherte zumindest für eine leichte, wechselbelastende Arbeit voll arbeitsfähig. - Die Arbeitgeberin bescheinigte, der seit 1986 angestellte Versicherte

verdiene seit 2004 bei vollzeitlicher Anstellung monatlich Fr. 4'605.-- und würde das auch ohne Gesundheitsschaden verdienen (vgl. IV-act. 20). Vor und nach Eintritt des Gesundheitsschadens am 16. September 2003 sei er als Facharbeiter tätig gewesen. Sie habe das Arbeitsverhältnis auf den 30. Juni 2004 (auch letzter Arbeitstag) gekündigt. - Eine weitere Arbeitgeberin erklärte, der Versicherte sei von Juni 2000 bis November 2003 an sechs bis zehn Stunden pro Woche (also durchschnittlich 20 %) als Lagerangestellter tätig gewesen. Es sei ihm wegen Nichteinhaltens der Arbeitszeit gekündigt worden (vgl. IV-act. 21). - Die Suva verfügte am 2. April 2004 (Fremd-act. 2-13 f.), spätestens ab 1. Juli 2004 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Am 12. April 2005 (Fremd-act. 4-6 f.) stellte die Suva alle Leistungen auf den 30. April 2005 ein. Der Unfall habe keine Folgen hinterlassen, die die Erwerbsfähigkeit messbar beeinträchtigen könnten (vgl. auch Einspracheentscheid vom 20. September 2005, Fremd-act. 5, Abweisung). - Nach einem rund zweimonatigen RAV-Arbeitseinsatz zur beruflichen Abklärung hatte sich gemäss Bericht vom 28. Januar 2005 (IV-act. 28) unter anderem ergeben, dass der Versicherte in der Regel recht selbständig eine gute, sorgfältige Arbeit geleistet und eine gute Lernfähigkeit und Kritikfähigkeit sowie Interesse für den Beruf gezeigt habe, kooperativ und verantwortungsbewusst gewesen sei und sehr wenige Absenzen gehabt habe. Die Depression sei erkennbar geworden. Doch der Versicherte wolle weiterhin (zu 50 %) arbeiten; zuhause drehe sich alles um die Krankheit. - Dr. med. E. ____, FMH Physikalische Medizin, hatte am 1. März 2005 (vgl. IV-act. 38-3) mitgeteilt, der Untersuchte des Versicherten sei wegen theatralisch-leidendem Verhalten, häufig mit aktiver Gegenwehr, stark erschwert gewesen. Auffällig seien die zunehmende Chronifizierung der Schmerzen mit zunehmender Symptomausweitung und die völlige Therapieresistenz. Es handle sich wahrscheinlich teilweise oder vorwiegend um somatoforme Schmerzen. - Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Rheumatologie, erklärte am 21. November 2005 (vgl. IV-act. 46), der Versicherte sei von den Aufgaben, die er erfüllen sollte, wahrscheinlich wirklich überfordert. Er habe nämlich früher neben seiner Familie mit ___ Kindern auch noch die erweiterte Familie mit 14 Personen im Ausland finanziell unterhalten. Das sei wahrscheinlich auch für einen Gesunden zu viel. Das einzig Wichtige sei es nun, den Versicherten von der Notwendigkeit zu überzeugen, wieder zu arbeiten bzw. zu versuchen, eine geeignete Arbeit aufzunehmen. - Das ABI gab im Gutachten vom 31. August 2006 (IV-act. 62) an, es gebe beim Versicherten keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss seien eine Schmerzverarbeitungsstörung und ein chronisches cervicalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die oberen sowie unteren Extremitäten links (verkürzt wiedergegeben). Seine Arbeitsfähigkeit sei uneingeschränkt. Auf einen Vorbescheid vom 14. September 2006 (IV-act. 66) hin liess der Versicherte unter anderem ein Schreiben von Dr. med. G. ____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 16. Mai 2006 (IV-act. 72-20) mit dem Attest einer Arbeitsunfähigkeit des Versicherten von 50 % und ein Gutachten von Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 20. Januar 2006 zuhanden der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung (IV-act. 72-9 ff.) einreichen, wonach der Versicherte in keiner Tätigkeit mehr arbeitsfähig sei. Das ABI hielt am 15. November 2006 (IV-act. 75) dafür, auch jener Gutachter habe keine Befunde objektivieren können und keine Diagnose von Relevanz erhoben. Mit Verfügung vom 21. November 2006 (IV-act. 77) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch des Versicherten ab. Eine Beschwerde hiergegen wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 13. Mai 2008 (IV-act. 97)

ab. Am 23./25. März 2009 (IV-act. 108) meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an. Er sei von Mai bis Juli 2007, von August 2007 bis März 2008 und von April bis Juni 2008 je in Arbeitsverhältnissen auf dem Bau tätig gewesen. Seit dem 28. August 2008 sei er arbeitslos. Er leide seit 2008 an einer Depression, seit 2002 an Unfallfolgen und seit September 2008 an Rückenproblemen. Dr. G.____ hatte am 27. August 2008 (IV-act. 112-5) erklärt, der Versicherte sei seit Juni 2002 zu 50 % arbeitsunfähig. Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen hatte in einem vorläufigen Austrittsbericht vom 1. Dezember 2008 (IV-act. 114-6 f.) bekanntgegeben, es liege beim Versicherten eine grosse lumbale Diskushernie L3/4 links, nach kaudal sequestriert, vor. Ein MRI hatte unter anderem eine Diskushernie im Segment L3/4 medio-lateral mit nach caudal und recessal ausgetretenem Anteil linksseitig und Kompression der L4-Wurzel links sowie auch Kompression der Cauda equina im ventralen Anteil ergeben. - Das ABI gab in einem Gutachten vom 7. Dezember 2009 (IV-act. 131, zweites ABI-Gutachten) bekannt, es bestehe beim Versicherten (verkürzt wiedergegeben) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne akute radikuläre Symptomatik. Ohne Einfluss seien eine Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung mit algogener Verstimmung. Für eine Arbeit im Baugewerbe bestehe seit September 2008 keine Arbeitsfähigkeit des Versicherten mehr. Für eine körperlich leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeit sei seine Arbeitsfähigkeit (seit April 2009) zeitlich und leistungsmässig nicht eingeschränkt (IV-act. 131-26). - Berufliche Massnahmen wurden am 20. Mai 2010 (IV-act. 146) abgelehnt, weil sich der Versicherte subjektiv arbeitsunfähig fühle. - Nachdem auf einen ablehnenden Rentenvorbescheid (IV-act. 149) Einwand (IV-act. 150, 152) erhoben worden war und Arztberichte (von Dr. med. I.____ und von Dr. med. J.____, Facharzt für Neurochirurgie, sowie ein Aufgebot zur Begutachtung durch K.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, IV-act. 153 bis 155) eingereicht worden waren, wurde eine erneute Begutachtung veranlasst. Im Gutachten vom 7. Februar 2011 (IV-act. 171; drittes ABI-Gutachten) hielt das ABI fest, der Versicherte leide (verkürzt wiedergegeben) an einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom ohne akute radikuläre Symptomatik. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine leichte depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine arterielle Hypertonie und ein chronischer Nikotinabusus genannt. Für Tätigkeiten im Baugewerbe und jede andere körperlich schwere Tätigkeit sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig, für eine leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeit hingegen voll arbeitsfähig (IV-act. 171-30). - Dem ABI hatte unter anderem ein für die Krankenversicherung erstelltes rheumatologisches Gutachten des Facharztes für Rheumatologie und Innere Medizin K.____ vom 7. November 2009 (IV-act. 171-33 ff.) zur Verfügung gestanden. Danach erscheine die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ungünstig und bestenfalls noch in einem Pensum von 50 % zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit mit einem wirbelsäulenadaptierten Belastungsprofil sei aus rein rheumatologischer Sicht ohne Einschränkungen zumutbar. - Am 16. Juni 2011 (IV-act. 182-11 ff.) nahm das ABI zu einem Einwand (IV-act. 174 und 178, auf eine zweite Anhörung, IV-act. 173, hin) und einem eingereichten Arztbericht von Dr. I.____ vom 14. April 2011 (IV-act. 179-2 f.) Stellung und hielt an seinem Begutachtungsergebnis fest. Nach einer dritten Anhörung (IV-act. 184) erliess die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 17. August 2011 eine Verfügung (IV-act. 190), womit sie einen Rentenanspruch des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 13 % (Valideneinkommen Fr. 68'900.--, Invalideneinkommen Fr. 59'979.--) abwies. In einem Beschwerdeverfahren (angehoben am 14. September 2011, IV-act. 194) reichte das ABI dem

Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 22. Mai 2013 eine Stellungnahme (IV-act. 225) zu zwei Berichten des [medizinische Stelle] L. ___ vom 15. August 2012 (IV-act. 219-1 ff.) und vom 21. August 2012 (IV-act. 219-8 ff.; beide u.a. von Dr. med. M. ___, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH; vgl. auch schon Bericht vom 30. Januar 2012, IV-act. 207-4 ff.) ein, in welcher es wiederum am Ergebnis des Gutachtens festhielt. Des Weiteren holte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen ein zuhanden der Krankenversicherung erstelltes psychiatrisches Gutachten von Dr. med. N. ___, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. September 2009 (IV-act. 231) ein. Gutachter Dr. N. ___ (der interdisziplinär mit Facharzt K. ___ begutachtet hatte) hatte den Versicherten als psychiatrisch gesehen voll arbeitsfähig bezeichnet (vgl. IV-act. 231-13). Mit Entscheid vom 19. November 2013 (IV-act. 235) wies das kantonale Gericht die Beschwerde ab. Das Bundesgericht wies eine Beschwerde dagegen mit Urteil vom 14. April 2014 (IV-act. 241) ab. Das kantonale Versicherungsgericht habe von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer angepassten Tätigkeit ausgehen dürfen. Am 20. November/1. Dezember 2015 (IV-act. 253) meldete sich der Versicherte ein drittes Mal bei der Invalidenversicherung an. Er habe Rücken- und Kopfbeschwerden, ein psychisches Leiden usw. Die gesundheitliche Beeinträchtigung habe sich seit Februar 2015 verschlimmert und am 3. Oktober 2012 sei ein neuer Verkehrsunfall dazugekommen. Dr. med. O. ___, Praktische Ärztin, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, erklärte in einem IV-Arztbericht vom 11. Mai 2016 (IV-act. 290-1 bis 7), der Versicherte sei voll arbeitsunfähig. - Beigelegt waren diverse ärztliche Berichte. In einem MRT der LWS vom 1. April 2014 (IV-act. 290-28) eines Röntgeninstituts etwa war die (im Vergleich zur dortigen Voruntersuchung von 2000 neu aufgetretene) links paramediane sequestrierte Diskushernie LWK 3/4 mit rezessaler Kompression der linken L4-Wurzel beschrieben worden. - Der Leitende Arzt der Palliativ-Schmerzsprechstunde am Spital P. ___ hatte in einem Bericht vom 25. Mai 2014 (IV-act. 290-29 und 31) über eine Erstkonsultation des Versicherten angegeben, es hätten trotz mehrfacher Abklärungen des chronifizierten Ganzkörperschmerzsyndroms nach Gerbershagen III an verschiedenen Orten ausser degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule keine erklärenden Pathologien gefunden werden können. Im Vordergrund stehe klar die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. - ___ Dr. med. Q. ___, Facharzt FMH für Neurochirurgie, hatte am 18. August 2014 (IV-act. 290-43 f.) von massivster somatoformer Überlagerung berichtet. Die zweifellos auch bestehende Radikulopathie L4 links sei deswegen quasi maskiert. Eine Single-shot-Epiduralblockade habe der Versicherte abgelehnt, weil die bisher bekommenen Spritzen allesamt nichts genützt hätten. - In einem Bericht vom 12. Februar 2015 (IV-act. 290-20) hatte ein Röntgeninstitut bekannt gegeben, es bestünden beim Versicherten fortgeschrittene aktivierte Spondylarthrosen der Facettengelenke HWK 2/3 und 3/4 rechts mit foraminale Stenosen und Irritationen der C3 und C4-Wurzeln rechts und eine kleinvolumige mediane Diskushernie HWK 5/6 ohne Neurokompression. Die [Rehabilitationsklinik] R. ___ hatte in einem Austrittsbericht vom 7. Oktober 2015 berichtet (IV-act. 257), der Versicherte sei vom 24. August 2015 bis 21. September 2015 hospitalisiert gewesen. Er habe von einer ausgeprägten Hilflosigkeit und Verzweiflung berichtet, sei im formalen Gedankengang eingeengt und - undurchbrechbar - auf seine Schmerzen fixiert gewesen und habe in seiner psychosozialen Situation resigniert gewirkt. Er sei zu den Therapien stets pünktlich erschienen, sei zuverlässig gewesen und habe regelmässig trainiert. Gegenüber einer Behandlung in einer Tagesklinik sei er eher abgeneigt gewesen. - Das [medizinische Stelle] L. ___ (S. ___, Facharzt für Psychiatrie und

Psychotherapie FMH) hatte in einem Bericht vom 15. Februar 2016 (IV-act. 273) angegeben, mit der Wiederaufnahme einer Tätigkeit könne beim Versicherten nicht gerechnet werden. Er könne den Alltag nicht mehr bewältigen (ausser Spazieren). Das Medizinische Gutachtenzentrum MGSG erklärte in einem Gutachten vom 8. August 2016 (IV-act. 294; Begutachtung vom 19. Mai bis 7. Juli 2016), als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen beim Versicherten ein Cervicovertebralsyndrom bei Diskusprotrusion C5/6 mit neuroforaminaler Einengung der Nervenwurzel C6 beidseits und mässiger Spondylarthrose C2/3, eine Pseudolumboischialgie links bei Osteochondrose und Diskushernie L4/5 mit möglicher Kompression der Nervenwurzel L5 rezessal rechts und eine rezidivierende depressive Störung mit anhaltender mittelgradiger depressiver Episode, bestehend seit mindestens 1/2012. Eine unter anderem vorliegende anhaltende somatoforme Schmerzstörung beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit nicht. Als Hilfsarbeiter im Baugewerbe sei der Versicherte seit Januar 2012 zu 50 % arbeitsunfähig. In einer körperlich schweren Tätigkeit als Bauarbeiter sei er seit Februar 2015 zu 65 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit im vorangehenden Zeitraum könne retrospektiv nicht beurteilt werden, weil nicht klar sei, seit wann die 2015 festgestellten degenerativen Veränderungen der HWS und die erneute Diskushernie L4/5 mit eventueller Kompression der Nervenwurzel L5 rechts rezessal effektiv beständen. In einer leidensadaptierten Tätigkeit könne dem Versicherten seit Januar 2012 bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 60 % zugemutet werden (vgl. IV-act. 294-58 f.). Die Prognose sei bei mangelnder Motivation und Fixierung des Versicherten auf die Beschwerden ungünstig. Medizintheoretisch sei innerhalb eines Jahres eine Verbesserung des psychischen Zustands mit Steigerung auf etwa 70 % Arbeitsfähigkeit zu erwarten (vgl. IV-act. 294-60). - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 25. November 2016 (IV-act. 299) fest, es bestehe Eingliederungspotenzial im Umfang von etwa 60 %. Die IV-Eingliederungsverantwortliche rief den Versicherten am 6. Januar 2017 (IV-act. 302) an, worauf dieser mitteilte, sich einer Bandscheibenoperation unterzogen zu haben und sich seither kaum bewegen zu können und am ganzen Körper Schmerzen zu haben. Am 6. Januar 2017 (IV-act. 305) wurde dem Rechtsvertreter des Versicherten mitgeteilt, berufliche Massnahmen seien für diesen nicht angezeigt, da er sich nicht in der Lage fühle, dabei mitzuwirken. Dr. J.____ gab in einem IV-Arztbericht vom 31. Januar 2017 (IV-act. 306) bekannt, der Versicherte sei zurzeit für alle Tätigkeiten voll arbeitsunfähig. Er sei am 22. Dezember 2016 operiert worden. Gemäss dem beigelegten Operationsbericht (IV-act. 306-6 f.) hatte der Arzt beim Versicherten eine mikrochirurgische Fensterung und Sequestrektomie L4/5 rechts vorgenommen. - Die RAD-Ärztin hielt diese Arbeitsunfähigkeitsschätzung (100 %) am 24. Februar 2017 (IV-act. 307) für nicht nachvollziehbar, weil die Nervenwurzel operativ von der Kompression habe befreit werden können. Auf Anfrage (vgl. IV-act. 312-2) teilte Dr. J.____ am 14. Juni 2017 (IV-act. 313) mit, ein stabiler Zustand habe beim Versicherten noch nicht erreicht werden können. Er stehe wegen zusätzlicher internistischer Erkrankungen in Behandlung. Anfänglich sei durch die Operation eine Teilbesserung eingetreten, inzwischen seien aber Kreuzschmerzen in den Vordergrund gerückt, so dass von einer Verbesserung nicht gesprochen werden könne. Die RAD-Ärztin hielt am 14. Juli 2017 (IV-act. 316) dafür, es sei nicht von einem wesentlich und anhaltend anderen Gesundheitszustand des Versicherten auszugehen als bei der (sc. letzten) Begutachtung. - In einer rechtlichen Stellungnahme der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen vom 26. Oktober 2017 (IV-act. 318-4 ff.) wurde dargelegt, gemäss der aktuellen Rechtsprechung liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Am

11. Dezember 2017 (IV-act. 320) wurde ergänzt, seit der letzten Abweisung vom 17. August 2011, bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts, sei keine dauerhafte und relevante Veränderung des Gesundheitszustands mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten. Diese liege weiterhin bei 100 %. - Mit Vorbescheid vom 12. Dezember 2017 (IV-act. 321) wurde eine Abweisung des Rentenanspruchs des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 9 % (Valideneinkommen Fr. 77'863.--, Invalideneinkommen Fr. 66'453.--) in Aussicht gestellt. - Sein Rechtsvertreter wandte am 9. Januar 2018 (IV-act. 324) für den Versicherten ein, selbst die Experten der Invalidenversicherung seien der Meinung, dieser bleibe zurzeit in jeder Tätigkeit zu 40 % eingeschränkt. Es sei ihm eine halbe Rente zu gewähren, und zwar jedenfalls so lange, bis die von den Experten ergriffenen Massnahmen tatsächlich den entsprechenden Erfolg gezeitigt haben würden. Da aber kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren initialisiert worden sei, sei vorerst davon auszugehen, dass die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle nicht von einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustands ausgehe und keine Verletzung der Schadenminderungspflicht moniere. - Am 22. Januar 2018 (IV-act. 326) legte der Rechtsvertreter einen Verlaufsbericht des [medizinische Stelle] L.____ vom 5. Januar 2018 (IV-act. 326-2 ff.) ein. Darin war festgehalten worden, der Versicherte sei auch in einer leichten angepassten Arbeit voll arbeitsunfähig (IV-act. 326-13). - Die RAD-Ärztin wies am 28. Mai 2018 (IV-act. 333) darauf hin, dass die von der behandelnden Psychiaterin aufgrund einer diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode und von Schmerzen attestierte volle Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei. Die aus neurologischer Sicht neu angeführten Kopfschmerzen bei Übergebrauch von Schmerzmitteln könnten ebenfalls keinen anhaltenden wesentlichen Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit begründen. - Aus rechtlicher Sicht wurde am 19. Juni 2018 (IV-act. 335) festgehalten, ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen. Mit Verfügung vom 19. Juni 2018 (IV-act. 336) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Rentenanspruch des Versicherten ab. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas für den Betroffenen am 14. August 2018 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei ab dem Zeitpunkt der Neuanmeldung vom 20. November 2015 bzw. sechs Monate danach eine halbe Invalidenrente zu gewähren; eventualiter sei ihm die halbe Rente rückwirkend zuzusprechen und seien allenfalls medizinische Massnahmen anzuordnen. Die Neuanmeldung vom 20. November 2015 sei infolge einer Verschlimmerung des medizinischen Zustands des Beschwerdeführers erfolgt, die im Gutachten des MGSG bestätigt worden sei. Der RAD habe die Schlüssigkeit und Korrektheit dieser Beurteilung bestätigt und habe keine Ergänzungsfragen gestellt. Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin gehe davon aus, dass keine Therapieresistenz erstellt und noch kein definitiver Zustand eingetreten sei. Zwar sei im Gutachten von einer verbesserten Therapieoption die Rede gewesen, doch sei diese nicht klar umschrieben worden. Solche Verbesserungsvorschläge im Vergleich zu den bisher seit sechzehn Jahren angewandten Therapien, die offensichtlich zu keinem erheblichen Resultat geführt hätten, sollten jedoch zuvor thematisiert werden. An einen definitiven Zustand sei die Gewährung einer Rente der IV im Unterschied zu jener der Unfallversicherung zudem nicht gebunden. Die diesbezügliche Position der Beschwerdegegnerin sei nicht schlüssig. Die Gutachter der Beschwerdegegnerin beurteilten den Beschwerdeführer zudem als seit mehr als sechseinhalb Jahren (seit 2012) zu 40 % arbeitsunfähig. Dem Gericht sei es unbenommen,

Ergänzungsfragen zu stellen, falls es solche für erforderlich halte. Die Beschwerdegegnerin werde beim festgesetzten Valideneinkommen von Fr. 77'863.-- behaftet. Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens verkenne die Beschwerdegegnerin, dass der Beschwerdeführer gesundheitlich schwer belastet sei und mit einer Verbesserung des Zustands des Rückens mit der degenerativen fortschreitenden Wirbelsäulenproblematik nach Angaben des Neurochirurgen vom 14. Juni 2017 nicht mehr zu rechnen sei. Die psychische Problematik persistiere seit vielen Jahren und sei chronifiziert. Der Beschwerdeführer habe mehrere (wohl:) Psychotherapeuten gehabt und mehrere Medikamente ausprobiert. Deshalb sei davon auszugehen, dass diese Situation bis auf weiteres anhalten werde. Sollte sich die Situation verbessern, könne die Rente revidiert werden. Die Beschwerdegegnerin könne auch medizinische Massnahmen als Auflage vorschreiben, doch habe sie dies bisher unterlassen. Der Beschwerdeführer müsse von der schweren auf leichte Arbeit wechseln und seine Präsenzzeit sei auf 40 % (wohl: 60 %) eingeschränkt. In keinem andern Beruf werde er die Hälfte des relativ hohen Valideneinkommens verdienen. Wenn die Beschwerdegegnerin davon ausgehe, dass die Gutachter die Standardparameter korrekt beurteilt hätten und dennoch zu einer Einschränkung von 40 % der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gelangt seien, so sei die Rente zu gewähren, da keine Überwindbarkeit vorliege und eine solche nicht thematisiert worden sei. Sollte die Beschwerdegegnerin ernsthaft mit einer Verbesserungsmöglichkeit der medizinischen Situation rechnen, stünden ihr die gesetzlichen Wege zur Anordnung medizinischer Massnahmen offen. Das habe sie jedoch nicht getan. In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. November 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sowohl die begutachtenden Ärzte wie die Organe der Rechtsanwendung prüften die Arbeitsfähigkeit beide je aus ihrer Sicht. Notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität sei es, dass aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden könne, ohne dass diese den Beweiswert verlöre. Die rechtsanwendende Behörde habe die Arbeitsfähigkeit aufgrund der ärztlichen Feststellungen anhand der Standardindikatoren frei zu prüfen. Die Beurteilung des RAD entspreche keiner definitiven Leistungszusprache. Ob aufgrund der dritten IV-Anmeldung ein Rentenanspruch bestehe, beurteile sich in analoger Anwendung der für die Rentenrevision geltenden Regeln. Massgebend sei also, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten sei, die geeignet sei, den Invaliditätsgrad und den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ausgangspunkt bilde hier der Sachverhalt vom 17. August 2011. Ein Rentenanspruch sei (am 19. Juni 2018) verneint worden, weil kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden bestehe. Die im Gutachten postulierten funktionellen Auswirkungen - namentlich des nicht adäquat behandelten depressiven Leidens - auf die Arbeitsfähigkeit seien beweismässig nicht hinreichend erstellt. Als invalidisierende Leiden würden (gemäss BGE 140 V 290 und 193 sowie BGE 141 V 281 E. 4.3) nur schlüssig beweisbare schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen in Betracht fallen. Der Beschwerdeführer befinde sich gemäss dem MGSG-Gutachten seit 2010 alle zwei bis drei Wochen in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. I. _____. Es finde auch eine Pharmakotherapie statt, die nach Angaben des MGSG-Gutachters intensiviert werden könnte, und es sei eine tagesklinische Behandlung zu empfehlen, worauf innerhalb eines Jahres eine Besserung zu einer Arbeitsfähigkeit von 70 % zu erwarten sei. Der Gutachter

sei von einer ausreichenden Kooperation und Compliance ausgegangen. Allerdings sei keine Medikamentenspiegelmessung durchgeführt worden, obwohl die Messung bei der ABI-Verlaufsbeurteilung ergeben habe, dass der Beschwerdeführer die damals verordnete antidepressive Medikation nicht eingenommen gehabt habe. Die aktenkundigen Zweifel an der Compliance blieben somit bestehen. Die niedrige Frequenz der ambulanten Behandlung und der Umstand, dass betreffend die seit 2012 manifest gewordene mittelgradige depressive Störung (im Unterschied zu einer einmaligen Behandlung der Schmerzstörung in der Psychiatrischen Klinik T.____) nie ein stationärer oder halbstationärer Aufenthalt in Anspruch genommen worden sei, spreche gegen eine Behandlungsresistenz. Die therapeutischen Optionen seien gemäss dem MGSG-Gutachten noch nicht ausgeschöpft. Das Vorliegen eines erheblichen Leidensdrucks sei daher fraglich. Zudem falle ins Gewicht, dass eine starke subjektive Krankheitsüberzeugung im Vordergrund gestanden habe und stehe, und dass den psychosozialen Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Störung eine wesentliche Rolle beizumessen sei. Diese Faktoren würden sich nicht klar vom medizinischen Leiden trennen lassen, was gegen eine invalidisierende Wirkung der depressiven Störung spreche. Aus dem psychiatrischen MGSG-Gutachten ergäben sich keine Hinweise darauf, dass die Wirkung dieser Störung durch das Zusammenwirken mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung besonders akzentuiert würde. Die körperlichen Beeinträchtigungen schränkten die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht ein und hätten demnach keine ressourcenmindernde Wirkung. Aus dem sozialen Kontext ergäben sich wenig positive Auswirkungen auf das Ressourcenpotenzial. Beweisrechtlich entscheidend sei der Gesichtspunkt der Konsistenz. Beim Beschwerdeführer seien wenig Motivation und wenige Interessen feststellbar gewesen. Es könne trotz der Beeinträchtigungen eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Aktivität angenommen werden. Die berichteten und beklagten Beschwerden seien nur teilweise konsistent gewesen. Es hätten deutliche Hinweise für Verdeutlichungstendenzen mit demonstrativen und psychogenen Verhaltensweisen und Hinweise für eine Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn bestanden. Die fehlende Ausschöpfung der Behandlungsoptionen lasse schliesslich auf einen nicht allzu grossen Leidensdruck schliessen. Ein relevanter Gesundheitsschaden im Sinn von Art. 7 Abs. 1 und 2 ATSG sei nicht ausgewiesen. Mit Replik vom 11. Februar 2019 bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, die Position der Beschwerdegegnerin kontrastiere weitgehend zu den Feststellungen des MGSG-Gutachtens. Bestritten werde die Betrachtungsweise, dass der Invaliditätsbegriff einen rein juristischen Charakter habe. Wenn dem so wäre, wären medizinische Gutachten praktisch wertlos. In der Beschwerdeantwort (S. 3, III Ziff. 2) habe sich die Beschwerdegegnerin von diesem Standpunkt weitgehend distanziert. Sie interpretiere die fachmedizinische Standardindikatoren-Beurteilung um und gelange zu wesentlich divergierenden Resultaten. Entgegen ihrer Behauptung sei bei der Begutachtung eine Laboruntersuchung der Medikamentenspiegel für Duloxetin und für Amitriptylin vorgenommen worden. Der Gutachter habe geschrieben, das psychische Zustandsbild habe sich offensichtlich verschlechtert und es könne seit etwa Januar 2012 eine anhaltende mittelgradige depressive Episode erhoben werden. Nach Angaben des Gutachters könnten zwar die Schmerzen des Beschwerdeführers organisch nicht ausreichend erklärt werden, doch habe dieser im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzproblematik und psychosozialen Problemen eine zunehmende depressive Störung entwickelt, und zwar sei nach dem langjährigen Krankheitsverlauf eine von der Schmerzsystematik unabhängige,

verselbständigte depressive Erkrankung anzunehmen. Damit bestehe eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Die juristische Interpretation der Beschwerdegegnerin zum Gesichtspunkt der Konsistenz weiche von den medizinischen Erhebungen ab. Man habe sich dabei stattdessen offensichtlich eher von der negativen Rechtsprechung leiten lassen und habe den Beschwerdeführer selber gar nicht gesehen. Die gutachterliche Betrachtungsweise sei weniger auftragsgeleitet als jene der Beschwerdegegnerin. Letztere verkenne, dass der Beschwerdeführer seit Jahren bei mehreren Fachleuten in Behandlung stehe und diese zu keiner Besserung geführt habe. Offensichtlich wirke dabei die somatische Komorbidität mit, die es verunmögliche, dass er sich auffange und gesund werde und sich auf dem realen Arbeitsmarkt etabliere. Die Beschwerdegegnerin hat am 21. Februar 2019 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. Mit Eingabe vom 1. August 2019 reicht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Bericht des [medizinische Stelle] L.____ vom 15. Juli 2019 ein. Sollte die Beschwerdegegnerin darauf bestehen, dass der Invaliditätsbegriff einen rein juristischen Charakter habe, so sei sie zu befragen, weshalb sie ihre Gutachter jeweils ausdrücklich nach dem Umfang der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit frage, und weshalb sie überhaupt Gutachten in Auftrag gebe, wenn die Diagnosen und ihre Folgen schon zuvor bekannt seien. Die Klärung ihrer diesbezüglichen Position würde allenfalls die Notwendigkeit des Weiterzugs der Sache im Voraus verdeutlichen. - Im Bericht hatte das [medizinische Stelle] L.____ das Ergebnis der MGSG-Begutachtung als nicht objektiv und nicht nachvollziehbar beanstandet und dafürgehalten, es seien dort Symptome des Beschwerdeführers nicht beachtet worden, etwa Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen oder Traurigkeit. Dass der Beschwerdeführer sich in endlosen Klagen verliere, sei im Rahmen der Depression zu sehen. Es bestehe seit 2007 keine Arbeitsfähigkeit mehr. - Die Beschwerdegegnerin hat sich nicht mehr vernehmen lassen. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 19. Juni 2018, mit welcher die Beschwerdegegnerin den mit einer dritten IV-Anmeldung gestellten Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Die früheren Gesuche waren rechtskräftig abgewiesen worden (das letzte am Ende durch das Bundesgericht beurteilt). Die Beschwerdegegnerin ist (namentlich angesichts des röntgenologischen Berichts vom 12. Februar 2015 zu Recht) auf die Neuanmeldung vom 30. November/1. Dezember 2015 (vgl. dazu unten E. 5.2 am Ende) eingetreten. Der Beschwerdeführer lässt Rentenleistungen beantragen, eventualiter medizinische Massnahmen. Berufliche Massnahmen waren am 6. Januar 2017 (IV-act. 305) abgelehnt worden, weil sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage fühle, dabei mitzuwirken. 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. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, vgl. auch BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. - Eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität setzt diesbezüglich zunächst jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraus. Das ist vor allem mit Blick darauf bedeutsam, dass soziale Belastungen, die direkt negative funktionelle Folgen

zeitigen, auszuklammern sind, und dass eine Abgrenzung zu reaktivem, invaliditätsfremdem Geschehen aufgrund von psychosozialen Belastungen hin erforderlich ist (so bezüglich depressiver Leiden BGE 143 V 409 E. 4.5.2). - Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind gemäss BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) also in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener 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 Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf 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. Hinweise darauf ergeben sich (im Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt) namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2). 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 (BGE 132 V 99 f. E. 4, vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.1). Schon der Arzt oder die Ärztin bzw. die medizinisch sachverständige Person hat bei der Einschätzung des Leistungsvermögens den in der Judikatur umschriebenen einschlägigen Indikatoren zu folgen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2). Ärztlicherseits ist substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Es genügt beispielsweise nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige von einem diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebsschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Anpassungsfähigkeit usw.) die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, gegebenenfalls (beispielsweise) nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz leichter bis

mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2). - Durch den Versicherungsträger und im Beschwerdefall durch das Gericht ist zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Kommen die medizinischen Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders - Durchführungsstelle oder Gericht - Bestand haben. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Dabei gilt als Leitschnur, dass die ärztliche Beurteilung - von der Natur der Sache her unausweichlich - Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Im Zusammenhang mit der dritten IV-Anmeldung des Beschwerdeführers vom 20. November/1. Dezember 2015 ist wiederum eine Vielzahl von medizinischen Berichten aktenkundig geworden. Insbesondere liegt ein polydisziplinäres Gutachten des MGSG vom 8. August 2016 vor. Anlässlich der internistischen Begutachtung (vgl. IV-act. 294-62-65) wurde keine Diagnose gefunden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde. Die Arbeitsfähigkeit ist gemäss dem diesbezüglichen Teil des Gutachtens nicht eingeschränkt. Bei der psychiatrischen Begutachtung hat der Beschwerdeführer zwar erwähnt, an rezidivierenden Magenbeschwerden, thorakalem Druckgefühl, Mundtrockenheit, Schwindelgefühlen und Hypertonie zu leiden (vgl. IV-act. 294-97). Dem Gutachter der Inneren Medizin hat er indessen keine kreislaufrelevanten oder respiratorischen Beschwerden angegeben und erklärt, sich internistisch betrachtet gesund und leistungsfähig zu fühlen. Die festgestellte arterielle Hypertonie hat der Gutachter als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Auf das Ergebnis der internistischen Begutachtung kann nach der Aktenlage abgestellt werden. Die orthopädische Begutachtung (vgl. IV-act. 294-4 bis 24) basiert auf einer Kenntnissnahme von den Vorakten sowie einer Erhebung der Anamnese und der orthopädischen Untersuchungsbefunde. Es wurden ausserdem röntgenologische Befunde (von HWS und LWS, darunter auch MRIs und Funktionsaufnahmen) erhoben und es erfolgte eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL, im Einzelnen vgl. IV-act. 294-66 bis 77). Der Gutachter der Orthopädie hielt fest, die EFL habe eine erhebliche Symptomausweitung, eine schlechte Leistungsbereitschaft und mehrere Inkonsistenzen ergeben. Die Resultate seien für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Diese stütze sich daher primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen. Beurteilend erklärte der Gutachter der Orthopädie, die Nackenschmerzen und abnormen Untersuchungsbefunde der HWS des Beschwerdeführers könnten teilweise auf die im MRI sichtbare Diskusprotrusion C5/6 mit neuroforaminaler Einengung der Nervenwurzel C6 beidseits und die mässige Spondylarthrose C2/3 zurückgeführt werden. Da die Nervenwurzel C6 aber nicht die Finger III bis V und nicht den medialen Abschnitt des Vorderarms versorge, könnten das Ameisenlaufen in den betreffenden Fingern und die Hyposensibilität medial am Vorderarm nicht erklärt werden, am Vorderarm lateral könne die Hyposensibilität aber objektiviert werden. Die lumbalen Schmerzen seien nur unvollständig mit der im MRI dokumentierten Osteochondrose L4/5 mit Diskushernie und möglichen Kompression der Nervenwurzel L5 rechts rezessal vereinbar. Die Ausstrahlung der Schmerzen in die Zehen I und II links und die angegebene Hyposensibilität am Ober-

und Unterschenkel links bzw. am gesamten linken Bein könnten nicht nachvollzogen werden. Angesichts seiner Angabe, er könne nicht länger als eine Stunde sitzen, sei ferner nicht nachvollziehbar, wie dem Beschwerdeführer die lange Busreise in die Heimat vom Dezember 2015 möglich gewesen sei, von welcher er berichtet habe. In einer körperlich schweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 65 % arbeitsunfähig. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen ausgeübt, könnten dem Beschwerdeführer seit September 2008 voll zugemutet werden (vgl. IV-act. 294-21 ff.). - Die diesbezügliche Begutachtung kann als vollständig betrachtet werden. Die vorgefundenen orthopädischen Beeinträchtigungen (vgl. dazu auch unten E. 3.5) wurden in ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beschrieben und gutachterlich gewürdigt. Die Begründung erscheint nachvollziehbar. Es ist kein Grund für einen relevanten Zweifel am diesbezüglichen Begutachtungsergebnis ersichtlich. Bei der psychiatrischen Begutachtung (vgl. IV-act. 294-78 bis 108) wurden ebenfalls die Vorakten zur Kenntnis genommen. Der Gutachter nahm die Anamnese auf und befragte den Beschwerdeführer namentlich nach seinem Leiden und den Einschränkungen. Diagnostisch ging der Gutachter der Psychiatrie von einer rezidivierenden depressiven Störung mit anhaltender mittelgradiger depressiver Episode aus, welche seit mindestens Januar 2012 bestehe und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflusse. Daneben liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Für diesbezügliche Zweifel ist kein Anlass ersichtlich. - Schon im Gutachten des ABI von Februar 2011 waren eine solche Schmerzstörung und ein affektives Leiden, damals allerdings noch in Form einer lediglich leichten depressiven Episode, festgestellt worden. Beide waren nach gutachterlicher Beurteilung damals nicht von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewesen (vgl. IV-act. 171-19; ABI-Gutachten vom Dezember 2009 noch: Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung mit algogener Verstimmung, IV-act. 131-25). Der MGSG-Gutachter hatte den psychischen Status vom 18. Mai 2016 (vgl. IV-act. 294-95 f.) erhoben. Zum Untersuchungszeitpunkt fanden sich gemäss dem Gutachten keine Hinweise auf vermehrte Müdigkeit oder Erschöpfung, obwohl der Beschwerdeführer von Schlafstörungen mit vermehrter Müdigkeit tagsüber berichtet hatte. Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit waren weitgehend intakt gewesen. Der Beschwerdeführer wirkte gemäss dem Gutachten in der Stimmung bedrückt bis niedergeschlagen, affektiv durchgehend vermindert mitschwingend, nicht aufhellbar, psychomotorisch verlangsamt und im Antrieb vermindert. Er habe mit monotoner Stimme gesprochen. Im Denken habe er langsam sowie negativistisch auf seine körperlichen Beschwerden und seine soziale Situation eingeengt gewirkt. Er habe bei mangelnden Zukunftsperspektiven Zukunftsängste und Existenzängste geäußert und ausserdem Suizidgedanken mit mangelndem Lebenswillen angegeben, ohne dass Hinweise auf eine akute suizidale Einengung bestanden hätten. Er habe wenig Motivation und wenige Interessen gezeigt. - Diese gutachterliche Beschreibung differenziert, wie es erforderlich ist, nach Angaben des Beschwerdeführers und objektiv erhobenen Befunden. Sie macht einen (neuerdings) erheblichen Schweregrad des psychiatrischen Befunds nachvollziehbar. Anhaltspunkte für eine allfällige Unvollständigkeit dieser Erhebungen sind nicht ersichtlich. - Anlässlich der ABI-Begutachtung vom Juli 2006 hatte der Beschwerdeführer im Übrigen zum Vergleich noch mit lebhafter Stimme gesprochen und seine Stimmung war ausgeglichen gewesen (vgl. IV-act. 62-15). Auch im Oktober 2009 war gemäss dem ABI-Gutachten vom Dezember 2009 noch kein klar erkennbar bedrückter Affekt vorhanden, keine Antriebsstörung evident gewesen (vgl. IV-act. 131-16). Bei der

ABI-Begutachtung vom Januar 2011 hatte der Beschwerdeführer (wie bei der jüngsten MGSG-Begutachtung) erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und Ängste mit vegetativen Symptomen angegeben. In der Beschreibung der psychopathologischen Befunde im ABI-Gutachten vom Februar 2011 waren eine Verlangsamung des Gangs, eine depressive Stimmung und ein herabgesetzter Antrieb genannt worden (vgl. IV-act. 171-19). Als Komorbidität ist zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung inzwischen ein beträchtliches, nach gutachterlicher Beurteilung des MGSG die Arbeitsfähigkeit tangierendes depressives Leiden (vgl. unten E. 3.4.9) hinzugekommen. Die Gutachter bezeichneten die psychische Komorbidität als im Schweregrad, in der Ausprägung und in der Dauer erheblich (vgl. IV-act. 294-57). Das Zusammenfallen beider psychiatrischer Beeinträchtigungen ist als Erschwernis zu betrachten. Die Gutachter legten - was unter dem Aspekt der Persönlichkeitsdiagnostik und der persönlichen Ressourcen relevant ist - dar, Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers hätten sich nicht erheben lassen. Die Persönlichkeit sei einfach strukturiert. Der Beschwerdeführer verfüge über mobilisierbare Ressourcen (vgl. IV-act. 294-57). Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle, Intentionalität und Antrieb seien vor allem durch die depressive Störung beeinträchtigt (vgl. IV-act. 294-57). Der Beschwerdeführer habe bei der Untersuchung relativ gut kommunikationsfähig, aber nur erschwert kontaktfähig - mit langsamen Antworten - gewirkt (vgl. IV-act. 294-57). Es bestehe eine intakte Partnersituation (vgl. IV-act. 294-57). Bei der Beurteilung des sozialen Kontexts hätten sich psychosoziale Belastungen erheben lassen, die negative funktionelle Folgen zeitigten und sich ungünstig auf die somatoforme Schmerzstörung des Beschwerdeführers auswirkten; sie würden aber nicht als alleinige Ursache der depressiven Störung in Betracht fallen (vgl. IV-act. 294-57). Die MGSG-Gutachter setzten sich demnach differenziert mit den Beeinträchtigungen und Ressourcen des Beschwerdeführers auseinander. Was den Gesichtspunkt einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen betrifft, der unter der Kategorie der Konsistenz zu beachten ist, gaben die MGSG-Gutachter an, der Beschwerdeführer zeige gewisse Aktivitäten im Tagesablauf, denn er gehe zumindest mehrmals täglich ausser Haus und gehe dabei während ca. einer Stunde (vgl. IV-act. 294-57 und -58). Er habe wenig Motivation und wenige Interessen angegeben (vgl. IV-act. 294-57). Vor Eintritt der Gesundheitsschädigung hätten mehr Aktivitäten vorgelegen; der Beschwerdeführer sei früher einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen und habe sich für einen Sport interessiert (vgl. IV-act. 294-58). Es sei eine relativ gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen anzunehmen (vgl. IV-act. 294-57 f.). Zum Gesichtspunkt des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz wurde im Gutachten dargelegt, der Beschwerdeführer nehme seit Jahren therapeutische Angebote in Anspruch und befinde sich seit 2010 in einer regelmässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Die Gutachter hielten fest, es seien bezüglich der Behandlung eine ausreichende Kooperation und Compliance anzunehmen (vgl. IV-act. 294-57). Aus den Akten der langen vorliegend insgesamt aktenmässig überblickbaren Zeit wird einerseits ersichtlich, dass der Beschwerdeführer einzelnen somatischen oder psychiatrischen Behandlungen gegenüber eher abgeneigt war. Es gab auch Hinweise auf einen eingeschränkten Einsatz der medikamentösen Behandlung und mangelnde Motivation. Schon im ABI-Gutachten vom August 2006 war im Übrigen von einer ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des

Beschwerdeführers berichtet worden, die sich durch eine medizinische Therapie kaum werde beeinflussen lassen (vgl. IV-act. 62-16). Andererseits ist der Beschwerdeführer aber wie erwähnt nach Angaben der Gutachter seit vielen Jahren einer psychiatrischen Behandlung gefolgt. Bei den Begutachtungen war er zudem stets freundlich bzw. zugewandt und kooperativ gewesen (vgl. IV-act. 294-95, schon IV-act. 62-15, 131-16, 171-19; ebenso in der beruflichen Abklärung). Die [Rehabilitationsklinik] R.____ hatte des Weiteren am 7. Oktober 2015 nach einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers mitgeteilt, er sei zu den Therapien stets pünktlich erschienen, sei zuverlässig gewesen und habe regelmässig trainiert. Er sei aber ausgeprägt hilflos und verzweifelt, im Gedankengang eingeeengt und unbeeinflussbar auf die Schmerzen fixiert gewesen. Zur Frage eines eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks wurde im MGSG-Gutachten erklärt, neben Arbeitsversuchen im Jahr 2007 würden sich keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen erheben lassen und es habe seit Jahren keine Selbsteingliederungsbemühungen gegeben (vgl. IV-act. 294-57). Ergänzend ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer ehemals in einem 18 Jahre lang dauernden Arbeitsverhältnis gestanden hatte, in dem er körperlich schwere Arbeit leistete. Neben dieser vollzeitlichen Arbeit hatte er noch eine zweite Arbeitsstelle gehabt, hat sich also beruflich namhaft belasten lassen (vgl. die diesbezüglichen anamnestischen Angaben, IV-act. 62-14, und die Beurteilung, IV-act. 62-16; das ausgeübte Pensum erschien Dr. F.____ im Übrigen als auch für einen Gesunden zu gross, vgl. IV-act. 46). In den Jahren 2007 und 2008 hatte der Beschwerdeführer nach Eintritt der gesundheitlichen Schädigung zudem noch dreimal verschiedene Arbeitsstellen angenommen. Er hatte demnach in seinem angestammten Tätigkeitsfeld, auf dem Bau, Arbeit gesucht und gefunden. Gemäss den medizinischen Beurteilungen ist allerdings davon auszugehen, dass es sich dabei um Tätigkeiten handelte, die nicht leidensadaptiert waren, weshalb nachvollziehbar erscheint, dass die Versuche scheiterten. Bei der ABI-Begutachtung vom Januar 2011 war beim Bericht über den Verlust seiner Leistungsfähigkeit und über seine erwerbstätigen Kollegen sein Schmerz über diesen Verlust zum Ausdruck gelangt (vgl. IV-act. 171-19). Wie die [Rehabilitationsklinik] R.____ später - zu vorliegend relevanter Zeit am 7. Oktober 2015 - berichtete, hatte der Beschwerdeführer damals schliesslich resigniert gewirkt. Die MGSG-Gutachter haben ihre Beurteilung in Kenntnis der zahlreichen aktenkundigen Hinweise auf die Inkonsistenzen abgegeben. So hatte etwa schon im Oktober 2003 der Kreisarzt der Unfallversicherung Rentenbegehrlichkeit des Beschwerdeführers erwogen, aber auch ein MRI veranlasst (um ihm mit dieser Annahme nicht Unrecht zu tun). Im März 2004 hatte die Klinik D.____ eine zu geringe Leistungsbereitschaft und eine Selbstlimitierung des Beschwerdeführers festgestellt. Die MGSG-Gutachter selbst haben ebenfalls von teilweisen Inkonsistenzen, deutlichen Verdeutlichungstendenzen (mit demonstrativen und psychogenen Verhaltensweisen, vgl. IV-act. 294-103, IV-act. 294-95) und Selbstlimitierung des Beschwerdeführers berichtet (vgl. IV-act. 294-58). Die beklagten Beschwerden seien in sich nur teilweise konsistent gewesen (vgl. IV-act. 294-103). Bei der EFL waren nämlich eine erhebliche Symptomausweitung, eine schlechte Leistungsbereitschaft und mehrere Inkonsistenzen festgestellt worden (vgl. IV-act. 294-69 ff.). Der Gutachter der Psychiatrie hat festgehalten, es hätten sich bei der Begutachtung Hinweise auf eine Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn des Beschwerdeführers gefunden, mit zunehmend demonstrativ vorgetragenen Klagen im Verlauf der Untersuchung sowie Angabe intensiver Schmerzen, deren Charakterisierung sehr vage geblieben sei (vgl. IV-act. 294-99). - Diese Umstände

wurden von den MGSG-Gutachtern somit allesamt mitberücksichtigt. Daher ist davon auszugehen, dass ihre Beurteilung der objektiv ausgewiesenen zumutbaren Arbeitsunfähigkeit die entsprechenden Anteile ausgeschieden hat (vgl. zum Zusammenfallen von Leiden und Aggravation Bundesgerichtsurteil vom 19. Mai 2020, 9C_18/2020 E. 5.2). Die Gutachter hielten denn auch fest, gemäss dem erhobenen psychiatrischen Status wären dem Beschwerdeführer gutachterlich gesehen mehr Aktivitäten zumutbar (vgl. IV-act. 294-57). Die Arbeitsunfähigkeit legten sie (nicht auf 100 %, wie vom Beschwerdeführer angenommen und von der behandelnden Ärztin im Mai 2016 attestiert, sondern) auf 40 % fest. Das erscheint angesichts der vorgefundenen und beschriebenen Beeinträchtigungen überzeugend begründet. Denn insgesamt wurden gemäss dem polydisziplinären MGSG-Gutachten beim Beschwerdeführer psychiatrisch gesehen wie erwähnt unter anderem eine bedrückte bis niedergeschlagene Stimmung mit Affektstörungen, mit vermindertem affektivem Mitschwingen, ausserdem eine psychomotorische Verlangsamung und Antriebsminderung, ein eingeengtes Denken und Zukunftsängste bei mangelnden Zukunftsperspektiven objektiviert (vgl. IV-act. 294-56, vgl. auch oben E. 3.4.2). Aufgrund der anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode seien unter anderem die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, die Interessen, die Motivation, die Kontaktfähigkeit, die Anpassungsfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit deutlich beeinträchtigt (vgl. IV-act. 294-58). Ausserdem war erwähnt worden, dass auch die Selbst- und Fremdwahrnehmung, die Realitätsprüfung, die Urteilsbildung, die Impulskontrolle und die Intentionalität des Beschwerdeführers durch die depressive Störung beeinträchtigt seien (vgl. IV-act. 294-57, vgl. oben E. 3.4.4). Polydisziplinär wurde festgehalten, im Zusammenhang mit der chronischen Schmerzsymptomatik und psychosozialen Problemen habe der Beschwerdeführer eine zunehmende depressive Störung entwickelt. Etwa seit Januar 2012 sei eine anhaltende mittelgradige depressive Episode anzunehmen. Nach dem langjährigen Krankheitsverlauf sei inzwischen eine verselbständigte, von der Schmerzsymptomatik unabhängige depressive Erkrankung anzunehmen (vgl. IV-act. 294-57). Angesichts des erwähnten erheblichen Schweregrads der durch das MGSG erhobenen psychiatrischen Befunde ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der diesbezügliche Zustand ab etwa Januar 2012 relevant verschlechtert hat. Der MGSG-Gutachter der Psychiatrie bezeichnete dies als offensichtlich (vgl. IV-act. 294-99). Sowohl Diagnose wie Arbeitsunfähigkeitsattest der MGSG-Gutachter erscheinen als stichhaltig begründet. Das Ergebnis des MGSG-Gutachtens überzeugt auch deswegen, weil die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach Angaben der Gutachter insgesamt durch ein psychisches und durch ein somatisches Leiden mit Krankheitswert eingeschränkt ist (vgl. IV-act. 294-60). Der orthopädische Zustand habe sich zumindest seit dem Zeitpunkt des Gutachtens vom Februar 2011 verändert (vgl. IV-act. 294-61). In somatischer Hinsicht ist denn auch darauf hinzuweisen, dass beim Beschwerdeführer gemäss dem röntgenologischen Bericht vom 12. Februar 2015 neu fortgeschrittene aktivierte Spondylarthrosen der Facettengelenke HWK 2/3 und 3/4 rechts mit foraminale Stenosen und Irritationen der C3 und C4-Wurzeln rechts gefunden worden waren. Im Lauf der Zeit waren immer wieder MRI-Befunde erhoben worden, wie etwa ehemals am 1. Dezember 2008 eine grosse lumbale Diskushernie L3/4 links, nach kaudal sequestriert, die (umschrieben als links paramediane sequestrierte Diskushernie LWK 3/4) auch noch am 1. April 2014 vorlag und eine rezessale Kompression der linken L4-Wurzel bewirkte. Bei der MGSG-Begutachtung bestand eine Diskushernie L4/5 mit möglicher Kompression der Nervenwurzel L5 rezessal rechts. Die

entsprechenden Schädigungen betreffen demnach neu zwei Etagen der Wirbelsäule (cervical und lumbal) und sind - wie gemäss einer Einschätzung von ___ Dr. Q. ___ vom 18. August 2014 angenommen werden kann - hinter der massivsten somatoformen Überlagerung (bzw. dem aggravierenden Verhalten) des Beschwerdeführers sozusagen maskiert. Die Folgen dieser somatischen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit sind wie oben erwähnt (vgl. E. 3.3) vom MGSG gutachterlich abgeklärt und gewürdigt worden. Sie sind insgesamt mitzuberücksichtigen, auch wenn sie in einer adaptierten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit bewirken. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem MGSG-Gutachten vom 8. August 2016 die Beweiskraft der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zukommt und ihm angesichts seiner oben beschriebenen Abstützung auf objektivierte Grundlagen vollumfänglich, also auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung, zu folgen ist. Für eine angepasste Tätigkeit ist der Beschwerdeführer demnach (IV-act. 294-59) ab Januar 2012 als zu 40 % arbeitsunfähig zu betrachten. Die abweichenden ärztlichen Beurteilungen vermögen dagegen im Beweiswert nicht anzukommen. Das MGSG hat die - medizintheoretische - Erwartung geäussert, dass sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers innerhalb eines Jahres verbessern und er eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erreichen könnte. Somatisch gesehen hat nach der MGSG-Begutachtung, am 22. Dezember 2016, noch eine Operation (mikrochirurgische Fensterung und Sequestrektomie L4/5 rechts) stattgefunden. Gemäss Dr. J. ___ war der Beschwerdeführer danach am 31. Januar 2017 noch voll arbeitsunfähig (vgl. IV-act. 306-3). Die Frage, ob es durch die Operation bzw. seither zu einer Besserung des Gesundheitszustands gekommen sei, verneinte Dr. J. ___ am 14. Juni 2017. Er erwähnte aber auch keine Verschlechterung. Der RAD nahm entsprechend am 14. Juli 2017 keinen wesentlich und anhaltend anderen Gesundheitszustand an (im Übrigen am 28. Mai 2018 auch nicht aufgrund des Berichts des [medizinische Stelle] L. ___ vom 5. Januar 2018). Der Beschwerdeführer lässt im Beschwerdeverfahren diesbezüglich lediglich erklären, mit einer Verbesserung des Rückenleidens sei angesichts der fortschreitenden degenerativen Problematik nicht zu rechnen. Auch aus dem ein Jahr nach Verfügungserlass erstellten Bericht des [medizinische Stelle] L. ___ vom 15. Juli 2019 ist kein Hinweis auf eine Entwicklung des vorliegend zu beurteilenden medizinischen Sachverhalts ersichtlich. Da weder eine relevante psychiatrische Verbesserung (wie gutachterlich allenfalls noch für möglich gehalten) noch eine massgebliche Verschlechterung zwischen dem Zeitpunkt der MGSG-Begutachtung und demjenigen des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2018 erkennbar geworden sind, ist eine entsprechende Sachverhaltsentwicklung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht anzunehmen. Sollte sich der massgebliche Sachverhalt nach diesem Zeitpunkt wesentlich verändert haben, beträfe das nicht mehr das vorliegende Verfahren. Nach Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie keine Erwerbstätigkeit mehr aus, sind hierfür statistische Werte beizuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, vgl. etwa auch Bundesgerichtsentscheid vom 26. Januar 2016, 9C_762/2015). Dem Beschwerdeführer, der seit langem keine Erwerbstätigkeit mehr

ausübt, ist eine Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit von (seit Januar 2012) 60 % in einer adaptierten Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbar geblieben. Dieser ausgeglichene Arbeitsmarkt (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2) hat rein hypothetischen Charakter und dient dazu, die Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Bundesgericht] vom 10. Juli 2006, I 186/05 E. 2.3, vom 3. Juni 2004, I 252/03 E. 2.2.3, und vom 16. Juli 2003, I 758/2002; BGE 110 V 276 E. 4b). Eine für den Beschwerdeführer adaptierte Tätigkeit hat gemäss dem MGSG-Gutachten körperlich leicht zu sein und soll in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, und ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen ausgeübt werden können. Auch Arbeiten mit erhöhter emotionaler Belastung, Stressbelastung, erforderlicher geistiger Flexibilität, vermehrtem Kundenkontakt oder überdurchschnittlicher Dauerbelastung gehören nicht zu den zumutbaren Tätigkeiten (vgl. IV-act. 294-59). Diese Kriterien schränken die Auswahl von Stellen auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ein, allerdings mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem Ausmass, dass die Verwertung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr realistisch erschiene. Daher rechtfertigt es sich, die Tabellenlöhne beizuziehen. Im statistischen Durchschnitt konnten Männer im Jahr 2016 mit Tätigkeiten des tiefsten Niveaus - des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) - ein Einkommen von Fr. 66'803.-- erzielen. Bei der zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 60 % beträgt das statistisch festgelegte Einkommen demnach Fr. 40'082.--. Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Die Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers haben in der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeitsschätzung ihren Niederschlag gefunden. Das gilt nicht nur für die orthopädisch, sondern namentlich auch für die psychiatrisch bedingt erforderlichen Adaptationskriterien (wie Arbeit ohne Stress- und überdurchschnittliche Dauerbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität). Diese haben Grund für die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gebildet. Mangelnde Flexibilität und ein erhöhter Bedarf an Rücksichtnahme durch den Arbeitgeber rechtfertigen rechtsprechungsgemäss zudem keinen Leidensabzug. Zusätzliche krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz bei Erwerbstätigen mit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkter Arbeitsfähigkeit sind statistisch nicht belegt, weshalb auch dies nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts keinen Grund darstellt, ohne weiteres einen Abzug zu gewähren (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 28. November 2017, 9C_629/2017 E. 2, vom 4. August 2010, 8C_144/2010 E. 5.3, vom 19. November 2009, 9C_708/2009 E. 2.3.2, vom 3. Juli 2017, 8C_166/2017 E. 6, vom 11. September 2019, 9C_225/2019 E. 4.4.2). Dasselbe gilt (mit Blick auf die Art der zumutbaren Tätigkeiten) für eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 11. September 2019, 9C_225/2019 E. 4.4.2). Eine teilzeitliche Arbeit ist für den Beschwerdeführer gemäss dem MGSG-Gutachten nicht erforderlich (vgl. IV-act. 294-59). Daher entfällt auch ein Teilzeitabzug (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 12. November 2019, 9C_542/2019 E. 3.1, vom 16. Mai 2019, 8C_705/2018 E. 4.3, vom 13.

Februar 2017, 9C_762/2016 E. 5, und vom 8. Mai 2018, 8C_211/2018 E. 4.4). Allfällige mangelhafte Sprachkenntnisse sind bezüglich der Einsatzmöglichkeiten für einfache und repetitive Tätigkeiten rechtsprechungsgemäss ebenfalls nicht abzugsrelevant (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. Dezember 2011, 8C_328/2011 E. 10.2). Ein Abzug wegen nicht mehr zumutbarer körperlich belastenderer Arbeit fällt schliesslich, da der genannte Tabellenlohn (des Kompetenzniveaus 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst, auch nicht ohne weiteres in Betracht (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 20. April 2018, 9C_833/2017 E. 5.1, und vom 24. Mai 2018, 8C_884/2017 E. 4.2). - Unter diesen Umständen erscheint es - auch bei einer gesamthaften Würdigung aller Faktoren - nicht gerechtfertigt, einen Abzug vom oben genannten Tabellenlohn anzubringen. 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. BGE 129 V 222; vgl. etwa auch Bundesgerichtsentscheid 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015). Der Beschwerdeführer hatte gemäss IK-Auszug vor dem (ersten) Unfall, 2001, zwei Einkommen erzielt. Es ist nicht klar, ob er die Stelle mit dem kleineren Pensum invaliditätsbedingt verloren hat (angegebener Kündigungsgrund Nichteinhalten der Arbeitszeit). Nach der Aktenlage erscheint aber nicht überwiegend wahrscheinlich, dass er ohne Gesundheitsschaden über alle Jahre hinweg beide Arbeitsverhältnisse beibehalten, also immer mehr als ein Pensum von 100 % Arbeit geleistet hätte. Wird somit das Einkommen aus der Anstellung auf dem Bau allein von 2001 im Betrag von Fr. 55'256.-- um die Nominallohnentwicklung bis 2016 (2239/1902) angehoben, ergeben sich Fr. 65'046.--. Dieser Betrag ist jedoch parallelisierend auf die Höhe des statistischen Durchschnittseinkommens zu erhöhen, das dem Beschwerdeführer als Ausgangspunkt zur Bemessung des Invalideneinkommens vorgerechnet wird, also auf Fr. 66'803.--. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dies das Valideneinkommen 2016 des Beschwerdeführers darstellt. Der massgebliche Invaliditätsgrad beträgt demnach (im Vergleich zum Invalideneinkommen von Fr. 40'082.--, ohne Abzug vom Tabellenlohn) 40 %. Etwas relevant Anderes ergäbe sich selbst dann nicht, wenn vom Einkommen beider Arbeitsverhältnisse 2001 gemäss IK-Auszug von insgesamt Fr. 65'285.-- auszugehen wäre. Nach Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (von 2001 bis 2016, bei Löhnen von Männern, von 2239/1902 gemäss Tabelle T39 des Bundesamtes für Statistik) entspräche dieses einem Gesamteinkommen für 2016 von Fr. 76'852.--. Die Beschwerdegegnerin erwähnte dagegen in der angefochtenen Verfügung ein Valideneinkommen von Fr. 77'863.-- (IV-act. 336-2), während sie in ihrer zugrundeliegenden Berechnung allerdings (selbst bei Angabe der Berücksichtigung eines Nominallohns bis 2015) für das Jahr 2014 einen Betrag von lediglich Fr. 72'863.-- erhoben hatte (IV-act. 319), so dass es sich bei der Nennung in der Verfügung um ein Versehen gehandelt haben dürfte. Die Beschwerdegegnerin war bei ihrer diesbezüglichen Berechnung vom Valideneinkommen gemäss der (höchstrichterlich beurteilten) Verfügung vom 17. August 2011 von Fr. 68'900.-- für 2008 ausgegangen. Um die Nominallohnentwicklung von 2008 bis 2016 (2239/2092, gemäss Tabelle T39) ergänzt, ergäbe sich daraus ein Betrag von Fr. 73'741.--. Selbst wenn angenommen werden könnte, es dürften die Einkommen aus beiden Erwerbstätigkeiten berücksichtigt werden, betrüge das Valideneinkommen demnach also höchstens Fr. 76'852.-- (bei Aufwertung ab 2001, nicht ab gerichtlich beurteiltem Valideneinkommen 2008), der Invaliditätsgrad höchstens 48 % (bei Invalideneinkommen

Fr. 40'082.--). Der Beschwerdeführer hat angesichts des Invaliditätsgrads von 40 % (und selbst bei einem solchen von höchstens 48 %) Anspruch auf eine Viertelsrente. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (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). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29 ter IVV; Bundesgerichtsentscheide vom 16. Februar 2018, 8C_633/2017 E. 3.4, und vom 10. August 2016, 9C_289/2016 E. 3.2). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Die Schaffung dieser Bestimmung hat keine Veränderung des (nämlich in Art. 4 IVG und Art. 28 IVG geregelten) Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls mit sich gebracht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. Dezember 2015, 9C_655/2015 E. 4; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Oktober 2015, IV 2013/52 E. 1.2). Der Beschwerdeführer war gemäss der Beurteilung des MGS in einer Tätigkeit als Bauarbeiter seit Januar 2012 zu 50 % bzw. spätestens ab Februar 2015 zu 65 % arbeitsunfähig (nach der ABI-Beurteilung vom 7. Dezember 2009 bereits ab September 2008, IV-act. 131-26, nach derjenigen vom 7. Februar 2011, IV-act. 171, auch damals voll), seit Januar 2012 auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 40 % arbeitsunfähig. Im Januar 2013 konnte demnach ein Wartejahr ablaufen, bei welchem im Anschluss die oben erwähnte, zu einer Viertelsrente berechtigende, anhaltende Invalidität bestand. Von beruflichen Massnahmen konnte (angesichts der in unterschiedlichsten Tätigkeiten wirkenden psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) keine Senkung des Invaliditätsgrads erwartet werden. Der Rentenanspruch ist demnach ausgewiesen. Da die am 20. November 2015 unterzeichnete Neuanschreibung des Beschwerdeführers am 1. Dezember 2015 bei der Beschwerdegegnerin eingegangen ist, kann davon ausgegangen werden, dass das sie übermittelnde Schreiben vom 30. November 2015 am datierten Tag der Post übergeben worden ist (vgl. IV-act. 253 f.), weshalb die Anmeldung am 30. November 2015 erfolgt ist (vgl. Art. 29 Abs. 3 ATSG e maiore minus). Demnach kann eine Auszahlung der Rente gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG sechs Monate später, also ab 1. Mai 2016, erfolgen. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2018 teilweise gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ist ab 1. Mai 2016 eine Viertelsrente zuzusprechen. Es rechtfertigt sich, bei diesem Ausgang des Verfahrens für die Kosten von einem vollen Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen und die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Ausgang des Verfahrens gegenüber der Beschwerdegegnerin 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 Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2018 im Sinn der Erwägungen teilweise gutgeheissen und dem Beschwerdeführer wird ab 1. Mai 2016 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich MwSt und Barauslagen) zu bezahlen.

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