

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/34 vom 18. Mai 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_34

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/34 du 18 mai 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/34 del 18 maggio 2020

Regeste

Art. 28 und 29 IVG. Neuanmeldung nach Abweisung eines ersten Gesuchs. Beweiswert eines polydisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Mai 2020, IV 2018/34).

Volltext

Entscheid vom 18. Mai 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2018/34 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marcel Kuhn, c/o Studer Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 21./26. August 2008 (IV-act. 1) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich Berufsberatung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und eine Rente. Er sei seit 1971 in der Schweiz und sei hier zuletzt vom Februar 1980 bis ____ 2008 angestellt gewesen. Er sei ____leiter gewesen mit einem Bruttoeinkommen von monatlich Fr. 6'400.--. Seit dem __. August 2007 sei er wegen einer Depression zu 50 % arbeitsunfähig. - Dr. med. B.____, Allgemeinmedizin FMH, gab der zuständigen Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung am 10. September 2008 (IV-act. 6 und 13) an, beim Versicherten liege eine depressive Störung im Rahmen einer schwierigen Situation am Arbeitsplatz vor. Er bestätigte die erwähnte Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte habe als ____leiter gekündigt und arbeite nun zu 50 % als _____. Die Einschränkung bestehe in erster Linie in einer verminderten Belastbarkeit. In einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre mit nur geringem Publikumsverkehr seien zeitlich flexibel zu gestaltende Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck zunächst zu 50 % möglich. Bei gutem Verlauf sei eine rasche Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich. Bis vor kurzem habe eine psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers stattgefunden; es sei eine psychiatrische Behandlung geplant, doch erfolge vorläufig kein Therapeutenwechsel, da bisher ein sehr guter Erfolg habe erreicht werden können. In einem IV-Arztbericht vom 2. November 2008 (IV-act. 23) gab der Arzt bei der Diagnose einer depressiven Störung (nebst Polyarthrosen an Knie und Schulter) die detaillierten Arbeitsunfähigkeitsgrade des Versicherten in den einzelnen zeitlichen Phasen (ab 13. August 2007) an. Dieser leide an einer Depression, an Konzentrationsstörungen, black outs, Arbeitsblockaden und Antriebslosigkeit. Zurzeit arbeite er zu 50 bis 70 %. Es gebe Tage, an denen er die Arbeit aus gesundheitlichen Gründen (wegen psychischer Blockaden) aussetzen müsse. Andere zumutbare Tätigkeiten wären zu evaluieren. - Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, teilte in ihrem

zusammen mit der Fachpsychologin für Psychotherapie FSP lic. phil. D. ___ unterzeichneten IV-Arztbericht vom 25. November 2008 (IV-act. 24) mit, diagnostisch bestünden eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen bei Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen und eine Mobbing-Erfahrung am Arbeitsplatz. Der Versicherte leide mitunter auch an starken Knieschmerzen links, die er aus Angst, etwas operieren zu müssen und dann nicht arbeiten zu können, nicht untersuchen lasse. Vor der Kündigung des früheren Arbeitsplatzes im Sommer 2008 hätten vor allem depressive Verstimmung, Antriebslosigkeit, Gefühle von Erschöpfung und Widerwille gegenüber der einst hoch geschätzten Arbeit im Zentrum gestanden, seither zeige sich vor allem eine narzisstische Problematik. Im Alltag komme es immer wieder zu Stimmungseinbrüchen, die ihn lähmten und alles als sinn- und hoffnungslos erscheinen lassen würden. Die Arbeit als ___ sei dem Versicherten zurzeit zu 50 % (an vier Stunden pro Tag) zumutbar. An guten Tagen bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit, an schlechten müsse er der Arbeit im schlimmsten Fall fernbleiben. - Nach dem IK-Auszug (IV-act. 12-3) hatte der Versicherte in seiner früheren, langjährigen Anstellung schwankende Einkommen erzielt (so etwa 1998 Fr. 88'750.--, 1999 Fr. 89'988.--, 2000 97'211.--, 2001 Fr. 93'335.--, 2002 Fr. 89'354.--, 2003 Fr. 85'333.--, 2004 Fr. 84'941.--, 2005 Fr. 90'618.--, 2006 Fr. 83'806.-- und 2007 Fr. 79'426.--). - Gemäss einem Arbeitsvertrag vom ___ 2008 (IV-act. 18-3 ff.) war er ab __. Juli 2008 stundenweise auf Abruf als Teilzeit-___ mit einem Minimalpensum von 50 % angestellt. In einer Arbeitgeberbescheinigung vom __. Oktober 2008 (IV-act. 21) hatte die neue Arbeitgeberin erklärt, der Versicherte verdiene durchschnittlich Fr. 3'000.-- bis Fr. 3'500.-- brutto (monatlich). - Die IV-Eingliederungsverantwortliche hielt am 8. Januar 2009 (IV-act. 29) fest, der Versicherte leide noch sehr an der Kränkung, die er bei der ehemaligen Arbeitgeberin erfahren habe, und an der zurzeit vorherrschenden Depression. Die Erklärung der RAD-Ärztin, wonach sich eine Depression nicht linear, sondern stetig und in Wellen verbessere, habe den Versicherten sichtlich beruhigt. Er sei motiviert, das Arbeitsvolumen sobald möglich zu erhöhen. - Am 2. Februar 2009 (IV-act. 30) wurde dem Versicherten mitgeteilt, weitere berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt, da er zurzeit angemessen eingegliedert sei. - Ein RAD-Arzt hielt in der Folge dafür, es liege noch kein stabiler Zustand vor. Es sollte vielleicht eine besser geeignete Stelle gesucht werden. - Die RAD-Ärztin schloss nach einer RAD-Untersuchung vom 8. Januar 2009 in ihrem Bericht vom 25. Juni 2009 (IV-act. 35), der Versicherte sei zu 50 % arbeitsfähig. An guten Tagen arbeite er voll, an schlechten gar nicht. Der Versicherte hatte unter anderem berichtet, in den letzten Jahren, insbesondere seit 2005, sei es zunehmend zu Mobbing-Situationen gekommen. - Am 12. August 2009 (IV-act. 43) berichtete lic. phil. D. ___, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich im letzten halben Jahr nicht wesentlich verändert, nur tendenziell insofern, als er nun auch einmal zwei bis drei Tage lang keine depressiven Einbrüche erlebe. Die Bereitschaft zum Engagement in der Psychotherapie und in der Erwerbstätigkeit sei klar gegeben. Ungewiss sei hingegen, in welchem Ausmass es ihm möglich sein werde, eine unbewusste und daher nicht kontrollierbare Psychodynamik dem Bewusstsein zugänglich zu machen, um sie bearbeiten zu können. - Am 14. August 2009 (IV-act. 44) hielt die RAD-Ärztin fest, die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten betrage 20 % (volle Arbeitsunfähigkeit an ca. zwei Halbtagen oder hälftige Arbeitsunfähigkeit an zwei ganzen Tagen). - Am 21. August 2009 (IV-act. 45) wurde dem Versicherten Arbeitsvermittlung zugesprochen. Dabei (vgl. IV-act. 46) wurde festgehalten, die Invalidität des Versicherten sei am 13. August 2007 eingetreten, er sei in der bisherigen

Tätigkeit zu 80 % arbeitsunfähig und arbeite zurzeit als _____. In Absprache mit der IV kündigte der Versicherte auf Ende 2009 diese Stelle. Er werde ab Januar 2010 für seinen _____ arbeiten können (vgl. IV-act. 59-2). Am 9. Februar 2010 (IV-act. 53) wurde ihm eine berufliche Abklärung während der Zeit vom 4. Januar 2010 bis 3. April 2010 in Form eines Arbeitstrainings als _____ in der Unternehmung seines _____ zugesprochen (vgl. Zielvereinbarung, IV-act. 55). Gemäss dem Arbeitsvertrag (IV-act. 58) erzielte er für das 50 %-Pensum jährlich Fr. 33'600.-- (Fr. 2'800.-- Monatslohn x 12). - Am 29. April 2010 (IV-act. 60) hielt die IV-Eingliederungsverantwortliche fest, der Versicherte könne seine Restarbeitsfähigkeit von 50 % verwerten und habe ab dem 6. April 2010 eine Anstellung, so dass die Eingliederung abgeschlossen werde. Letzteres wurde ihm am 12. Mai 2010 mitgeteilt (IV-act. 62). - Auf Empfehlung eines neu zuständigen RAD-Arztes (IV-act. 68) wurde in der Folge eine psychiatrische Begutachtung veranlasst. - Dr. med. E.____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, gab in seinem Gutachten vom 14. September 2010 (IV-act. 72) an, es bestünden beim Versicherten eine Persönlichkeitsproblematik, eine Verbitterungsstörung, eine neurasthenische Leistungsminderung und Stimmungsschwankungen. Der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig, in einer angepassten Tätigkeit (____) zu 75 %. - Der RAD-Arzt hielt am 29. September 2010 (IV-act. 73) dafür, die betreffende Arbeitsunfähigkeit liege ab Januar 2008 vor. - Nach einem Vorbescheid (IV-act. 76) und einem Einwand (IV-act. 77) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente (bei einem Invaliditätsgrad von 30 %; Valideneinkommen Fr. 77'740.--, Invalideneinkommen Fr. 54'418.--) mit Verfügung vom 26. November 2010 (IV-act. 81) ab. Am 1./2. September 2015 (IV-act. 82) meldete sich der Versicherte erneut an. Er leide an starken Beschwerden nach einem Herzinfarkt und sei seit dem _____. Oktober 2014 voll arbeitsunfähig. Gemäss dem in den Akten der Krankentaggeldversicherung (Fremd-act.) enthaltenen ärztlichen Erstbericht von Dr. B.____ vom 16. Februar 2015 (Fremd-act. 1-84 ff.) hatte der Versicherte am _____. Oktober 2014 einen akuten Herzinfarkt erlitten; daneben sei ein paroxysmales Vorhofflimmern von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. - Die Klinik für Kardiologie des Departements Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen hatte am 24. Oktober 2014 (Fremd-act. 1-77 ff.) über den Spitalaufenthalt des Versicherten vom _____. bis 24. Oktober 2014 berichtet. In einem Bericht vom 9. Februar 2015 (IV-act. 1-42 ff.) über eine Austrittsuntersuchung nach einer ambulanten kardialen Rehabilitation hatten die Ärzte der Klinik erwähnt, im Vordergrund stünden für den Versicherten eine nicht klar beschreibbare Angstsymptomatik und Nervosität. Im Alltag gehe es dem Versicherten (kardiopulmonal) gut. In der Ergometrie habe sich eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei vorzeitigem Abbruch wegen Arbeitshypertonie von knapp 240 mmHg bei bereits in Ruhe hypertensiven Blutdruckwerten (um 160 mmHg) systolisch gezeigt. Diagnostiziert worden waren eine koronare 2-Gefässerkrankung und eine beginnende hypertensive Herzkrankheit, ein paroxysmales Vorhofflimmern, ein Diabetes mellitus Typ 2, eine pulmonale Raumforderung unklarer Dignität links und ein hochgradiger V.a. COPD. Bezüglich der letztgenannten beiden Leiden seien Abklärungen erforderlich (Lungenfunktionsprüfung; bildgebende Verlaufskontrolle). - Das Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (kurz AEH) berichtete der Krankentaggeldversicherung am 3. November 2015 (Fremd-act. 1-2 ff.; Gutachten) über eine Funktionsorientierte Medizinische Abklärung (FOMA, umfassend ein strukturiertes Interview, eine klinische Untersuchung, eine angepasste Form der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit EFL

und die Beurteilung der vorliegenden bildgebenden Untersuchungen und Akten) und eine psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Es lägen beim Versicherten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rheumatologisch-orthopädisch klinisch eine Epikondylopathia humeri radialis und Schulterbeschwerden rechts unklarer Ätiologie, DD: beginnende Frozen shoulder (allfällig nach Herzinfarkt?) vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien u.a. intermittierende belastungsabhängige Lumbalgien. Psychiatrisch gesehen lägen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einerseits eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, und andererseits eine generalisierte Angststörung vor. Kardiologisch betrachtet lägen (verkürzt wiedergegeben) eine koronare 2-Gefäss- und beginnende hypertensive Herzkrankheit mit NSTEMI 10/2014, PTCA/ES des 1. DA, RCX, RIVA und ACD diffus wandverändert, kleinkalibrigem RIVP mittelschwer (50-70 %) stenosiert, Arbeitshypertonie LVEF 55 % 2015, atypische Angina pectoris und allgemeine Leistungsintoleranz, beginnende diastolische Dysfunktion, paroxysmales Vorhofflimmern, und eine pulmonale Raumforderung unklarer Dignität links vor. Der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit als ____ und in einer anderen mittelschweren Tätigkeit aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht spätestens ab dem Berichtszeitpunkt (3. November 2015) voll, für Arbeiten über Schulterhöhe aber zurzeit nur manchmal arbeitsfähig. Die kardiovaskuläre Zusatzbeurteilung müsse, falls eine angepasste Tätigkeit z.B. im Strassenverkehr oder in einem anderen Risikobereich erfolgen würde, anderweitig erfolgen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe jedoch eine volle Arbeitsunfähigkeit seit November 2014. - Dr. F.____ (Klinik Y.____) hatte im psychiatrischen [Teil-] Gutachten vom 23. Oktober 2015 (Fremd-act. 1-25 ff.) erklärt, der Versicherte sei seit einer Verschlechterung des psychischen Zustands im November 2014 in allen Tätigkeiten voll arbeitsunfähig. Nach einer empfohlenen stationären psychosomatischen Rehabilitation werde er für eine verbleibende Arbeitsfähigkeit von 50 % sämtliche seinem Bildungsniveau entsprechenden Tätigkeiten mit Ausnahme von Nacharbeit uneingeschränkt ausüben können. Ob eine 50 % übersteigende Arbeitsfähigkeit werde erreicht werden können, lasse sich noch nicht beurteilen. Es liege keine Störung aus dem somatoformen Formenkreis vor. Mit Mitteilung vom 18. Dezember 2015 (IV-act. 94) hielt die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen fest, zurzeit seien aufgrund des Gesundheitszustands des Versicherten keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. - In einer Arbeitgeberbescheinigung vom 7. Januar 2016 (Eingangsdatum SVA, IV-act. 96, ununterzeichnet) gab die Unternehmung des ____ des Versicherten an, dieser sei seit April 2010 angestellt und habe vor Eintritt des Gesundheitsschadens an 22 Stunden pro Woche gearbeitet, und zwar bis Oktober 2014. Ohne Gesundheitsschaden würde er monatlich Fr. 5'600.-- verdienen. - Am 22. Februar 2016 (IV-act. 99) berichtete der Versicherte, er sei den ganzen Monat Januar über stationär in der Klinik in Z.____ gewesen. Dr. B.____ habe ihn nun bei einem Psychotherapeuten angemeldet. Die Klinik Z.____ gab in einem Kurzaustrittsbericht vom 1. Februar 2016 (IV-act. 101-3 f.; vgl. Austrittsbericht Psychosomatik vom 4. April 2016, IV-act. 107) bekannt, es beständen (nebst der Gefäss- und Herzkrankheit, der Epicondylitis humeri radialis rechts, der Frozen Shoulder rechts und der pulmonalen Raumforderung unklarer Dignität) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine generalisierte Angststörung. Der Versicherte habe am kompletten Behandlungsprogramm teilgenommen und es habe im Verlauf eine erfreuliche Stabilisierung des psychischen und physischen Zustandsbildes erreicht werden

können. Der Versicherte nehme eine positivere Sichtweise ein und eine Abschwächung der Gereiztheit wahr bzw. er könne auf Ressourcen zurückgreifen, um mit der Impulsivität besser umzugehen. Bis zum 14. Februar 2016 sei er noch voll arbeitsunfähig, dann sei ein schrittweiser beruflicher Wiedereinstieg mit einem Anfangspensum von 50 % möglich. - Dr. B.____ gab im Arztbericht vom 7. März 2016 (IV-act. 101-1 f.) an, der Versicherte sei wegen Antriebslosigkeit und intermittierenden täglichen Krisen mit völliger Verunmöglichung einer Aktivität ab 15. Februar 2016 noch zu 50 % arbeitsunfähig. In Frage kämen für ihn Hilfstätigkeiten ohne Verantwortung und mit zeitlichen Reserven (geschützter Rahmen). - Die Klinik Y.____ (Dr. F.____) erklärte in einem Arztbericht vom 10. Mai 2016 (IV-act. 108), beim Versicherten lägen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, und eine vorbestehende und gegenwärtig chronifizierte generalisierte Angststörung, entstanden ca. 2009 und akzentuiert seit dem Herzinfarkt im November 2014, vor. Bis Ende Februar 2016 sei der Versicherte voll arbeitsunfähig gewesen, seither sei er zu 50 % arbeitsunfähig. Mit dem Erhaltenbleiben dieser Arbeitsfähigkeit sei zu rechnen, nicht aber mit einer weiteren Verbesserung. Nacharbeit und Fließbandarbeiten seien nicht möglich. Es bestünden eine reduzierte allgemeine körperliche und psychische Belastbarkeit mit rascher körperlicher und geistiger Ermüdung und Störungen der Affekt- und Impulskontrolle in belastenden Situationen, eine eingeschränkte Konzentrationsausdauer, Antriebsstörungen, verminderte Psychomotorik und Störungen der sozialen Fertigkeiten. - Die RAD-Ärztin bestätigte diese Arbeitsunfähigkeit am 14. Juni 2016 (IV-act. 110). - In einem weiteren Arztbericht vom 23. November 2016 (IV-act. 119) teilte die Klinik Y.____ (Dr. F.____) mit, nach einer erneuten Verschlechterung des psychischen Zustands mit latenter Suizidalität sei vom 8. bis 12. August 2016 und vom 19. September bis 14. Oktober 2016 eine tagesklinische Behandlung des Versicherten erfolgt. Es seien dabei eine mässige Rückbildung der depressiven Symptomatik und ein Abbau der Vermeidungshaltung erzielt worden, der Versicherte klage jedoch immer noch über anhaltende Lust- und Freudlosigkeit und passive Todeswünsche bei gleichzeitigen Ängsten vor einem akuten Herzversagen. Der Versicherte sei seit November 2014 voll arbeitsunfähig. Als Diagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, und eine vorbestehende generalisierte Angststörung nach dem Herzinfarkt angegeben. - In einem Arztbericht vom 7. Juni 2016 (IV-act. 120-5 ff.) hatte Dr. med. G.____, Facharzt für Kardiologie, erklärt, von kardialer Seite her sei die Leistungsfähigkeit des Versicherten knapp erhalten und betrage die Arbeitsfähigkeit annähernd 100 %. Die allgemeine Leistungsintoleranz könne insofern eigentlich nicht begründet werden. Ob parallel zur depressiven Symptomatik eine Medikamenten-Nebenwirkung bestehe, könne aber nicht ausgeschlossen werden, führend sei dies jedoch nicht. - Dr. B.____ gab im Arztbericht vom 29. November 2016 (IV-act. 120-1 bis 4) bekannt, es lägen als Hauptdiagnosen eine depressive Störung und eine generalisierte Angststörung vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei die koronare und hypertensive Herzkrankheit. Der Versicherte sei seit dem ____ Oktober 2014 voll arbeitsunfähig infolge von Konzentrationsstörung, Erschöpfung und vermindertem Durchhaltevermögen. Er vermöge lediglich stundenweise in geschütztem Rahmen zu arbeiten. - Die RAD-Ärztin bestätigte zunächst am 6. Dezember 2016 (IV-act. 122), die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten sei seit dem ____ Oktober 2014 eine volle. Die Einschränkung beruhe auf den psychiatrischen Leiden. Die Prognose sei sehr ungünstig. Mit Mitteilung vom 9. Dezember 2016 (IV-act. 125) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf berufliche

Massnahmen ab. Solche seien wegen des Gesundheitszustands nicht möglich. Nachdem die RAD-Ärztin am 28. Dezember 2016 (IV-act. 129) dafürgehalten hatte, vom 15. Februar bis 7. August 2016 sei der Versicherte zu 50 % arbeitsfähig gewesen, seither sei er es nicht mehr (Wiederaufnahme der tagesklinischen Behandlung wegen Verschlechterung), und die anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei nicht plausibel, wurde eine Begutachtung vorgesehen (vgl. IV-act. 127). - Das Zentrum für Medizinische Begutachtung ZMB gab im Gutachten vom 13. Juli 2017 (IV-act. 142) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bekannt: - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit leistungsorientierten Anteilen im - Übergang zu einer Persönlichkeitsstörung - rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig - chronische Schulterschmerzen rechts bei klinisch Impingementsyndrom, Supraspinatus- und Subscapularis-Tendinose - sonografisch 05/16 und 08/16 dokumentierte Bursitis subacromialis sowie 08/16 subkutane Suffusion am distalen Oberarm - anteriorer Knieschmerz rechtsbetont - beginnende Gonarthrose rechts und Genua vara - 2-Ast-KHK mit NSTEMI 05/14 und DE-Stent einer Diagonalast-1-Stenose, mit residueller RIVPO-Stenose - paroxysmales Vorhofflimmern. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein intermittierender brachioradialer Schmerz rechts unklarer Ursache, DD: atypische radikuläre Reizung; eine leichte muskuläre Dysbalance Nacken-Schultergürtel; anamnestisch ein Status nach Episoden von lumbalen Schmerzen, aktuell weitgehend remittiert; intermittierende geh- und positionsabhängige Schmerzen am ganzen Körper, nicht spezifisch zuordnungsfähig; arterielle Hypertonie; Adipositas; Diabetes mellitus II; Knöchelödeme beidseits, am ehesten Kalziumantagonisten-induziert; chronische Bronchitis bei Nikotinabusus und eine Umbilicalhernie (vgl. IV-act. 142-69 f.). Der Versicherte habe sein brüchiges Selbstwerterleben und die nur knapp ausreichende Konfliktfähigkeit durch eine deutlich nachweisbare Leistungsorientierung - beobachtbar bereits in der Volksschule in der Heimat - kompensiert. Kurzfristig habe er nach der Einreise hier seinen beruflichen Traum als ___ realisieren können. Dann habe er sich bei einer Arbeitgeberin vom Betriebsmitarbeiter bis zum Kaderangestellten emporgearbeitet. Bei der von ihm als Degradierung erlebten Rückstufung zum ___spezialisten sei für ihn (nach einem ersten Mal bei der Emigration seiner Eltern und einem zweiten bei seiner eigenen) sozusagen ein drittes Mal die Welt zusammengebrochen. Unter Inanspruchnahme psychiatrisch-psychologischer Hilfe habe er sich wieder bis zu einem gewissen Grad stabilisieren können. Die zwei Arbeitsplätze hätten sich aber nicht wunschgemäss entwickelt (ungenügende ___ bei der einen Arbeitgeberin; Betriebsschliessung durch den ___; vgl. IV-act. 142-71 f.; zu Letzterem auch IV-act. 142-89, ca. 2016 infolge schleppenden Geschäftsgangs). Beim Versicherten bestehe aus gesamtheitlicher Sicht ab dem Gutachtenszeitpunkt eine erwerbsbezogene Leistungsminderung um 50 % unter Berücksichtigung des kardiologischen und rheumatologischen Profils. Es gebe eine gewisse Addition; zu der psychiatrisch begründeten Leistungsminderung addiere sich die rheumatologisch begründete infolge der diesbezüglichen Schmerzen (IV-act. 142-82). Während dreier Monate ab dem Infarkt habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-act. 142-82). B.g. Die RAD-Ärztin hielt am 7. August 2017 (IV-act. 145) dafür, insgesamt könne auf das Gutachten abgestellt werden. Es gebe aber eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden und eine Malcompliance bezüglich der Einnahme der verordneten Medikamente. B.h. Der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen gelangte gemäss einer Stellungnahme vom 12. September 2017 (IV-act. 146) zur Auffassung, es liege keine psychische Störung mit invalidisierender

Wirkung vor. Fehle einer entsprechenden Diagnose ein Bezug zum Schweregrad, sei die medizinische Anspruchsgrundlage für die Anerkennung einer Rente nicht gegeben, ungeachtet der ärztlich/gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit. Abzustellen sei daher einzig auf die somatisch-rheumatologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 10 %. B.i. Mit Vorbescheid vom 13. September 2017 (IV-act. 149) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten eine Abweisung seines Gesuchs um eine Rente in Aussicht. Der Invaliditätsgrad betrage 26 % (Valideneinkommen Fr. 81'269.--, Invalideneinkommen Fr. 59'808.--). B.j. Der Versicherte liess am 9. Oktober 2017 (IV-act. 150) durch die damalige Rechtsvertretung einwenden, es sei eine Invalidenrente auszurichten. In der Ergänzung vom 29. November 2017 (IV-act. 153) wurde unter Hinweis auf beigelegte Arztberichte vorgebracht, die bisherigen Behandlungsbemühungen und Versuche einer Arbeitswiederaufnahme würden für eine Therapieresistenz sprechen. Die Berichte von Dr. F.____ (vom 8. November 2017) und von Dr. B.____ (vom 22. Oktober 2017) und das MEDAS-Gutachten des ZMB würden die unbegründeten, von medizinischen Laien getroffenen und aus medizinischer Sicht falschen Annahmen im Vorbescheid widerlegen. Sollte nicht auf die Ausführungen von Dr. F.____ und des MEDAS-Gutachtens abgestellt werden, werde die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle bei dieser eindeutigen Sachlage zwingend medizinische Rückfragen zu tätigen haben. - In dem beigelegten Bericht vom 24. August 2017 (IV-act. 153-8 f.) hatte die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Spital X.____ eine transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne und einen gelenksseitigen Einriss der Subscapularissehne [gemäss MRI Schulter rechts (extern) vom 4. August 2017] im Bereich der kranialen Insertion Schulter rechts diagnostiziert. Es bestehe ausserdem eine Bizepssehnentendinopathie. In Frage kämen eine operative Therapie mittels Schulterarthroskopie und Rotatorenmanschettennaht oder eine diagnostisch-therapeutische Schultergelenksinfiltration. Der Versicherte wünsche Letzteres. - Dr. B.____ hatte am 22. Oktober 2017 (IV-act. 153-6 f.) berichtet, der Versicherte sei im August 2007 nach einer Lohnkürzung und späteren Kündigung nach jahrzehntelanger Arbeit in eine schwere Depression gefallen. Die psychischen Probleme hätten seither nie mehr aufgehört. Psychotherapien hätten zwar zeitweilige Besserungen gebracht, aber nie eine Heilung. Arbeitsversuche seien sämtliche fehlgeschlagen. Einzig im quasi "geschützten Rahmen" bei seinem ____ habe er zeitweise arbeiten können. Wegen der psychisch bedingten Krisen und Unregelmässigkeiten bei der Arbeit habe der ____ ihn aber nicht mehr weiter tragen können. Seither habe er keine Arbeit mehr, sondern betätige sich lediglich noch aushilfsweise bei seiner Frau, die ____ sei. Schon aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte mindestens zu 60 bis 70 % arbeitsunfähig, de facto voll, weil eine Arbeit wahrscheinlich nur noch in geschütztem Rahmen möglich sei. Das zweite Problem sei die koronare Herzkrankheit, die 2014 zu einem Herzinfarkt geführt habe. Diesbezüglich müsste eine Arbeitsfähigkeit bestehen, doch infolge der Depression und der Angststörung empfinde sich der Versicherte auch unter diesem Aspekt als deutlich eingeschränkt. Die kardiologische Erkrankung habe die psychiatrische verschlimmert. Das dritte arbeitsrelevante medizinische Problem, die Schulterschmerzen rechts bei zwei Sehnteilrupturen, sei noch nicht ausbehandelt, doch dürfte sich daraus künftig höchstens eine Einschränkung bei schweren körperlichen Arbeiten (insbesondere Überkopfarbeiten) ergeben. Der Versicherte sei insgesamt aus psychiatrischer Sicht arbeitsunfähig. Nur in geschütztem Rahmen dürfte eine Arbeitsfähigkeit von rund 30 bis 40 % bestehen. - Die Klinik Y.____ (Dr. F.____) hatte im Bericht vom 8. November 2017 (IV-act. 153-5) erklärt,

der psychische Zustand des Versicherten habe sich erneut verschlechtert. Es sei zu einer Zunahme der depressiven Symptomatik und der generalisierten Ängstlichkeit und zu funktionellen Herzbeschwerden gekommen. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit könne ihm gegenwärtig nicht attestiert werden. - Die RAD-Ärztin legte am 5. Dezember 2017 (IV-act. 156) dar, es werde an der Beurteilung vom 7. August 2017 festgehalten. In allen Teilgutachten sei beschrieben worden, dass eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestehe. Es könne lediglich auf objektivierbare Funktionseinschränkungen abgestellt werden. B.k. Mit Verfügung vom 8. Dezember 2017 (IV-act. 157) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Rentenanspruch des Versicherten (entsprechend dem Vorbescheid) ab. C. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Marcel Kuhn für den Betroffenen am 23. Januar 2018 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei spätestens ab 1. März 2016 eine ganze Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei ihm ab 1. März 2016 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen, subeventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Dres. F. ___ und B. ___ hätten nachvollziehbar und rechtsgenügend begründet, dass der Beschwerdeführer für sämtliche Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt voll arbeitsunfähig sei. Seit Ende Oktober 2014 sei durchgehend von dieser Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Selbst wenn auf die Arbeitsunfähigkeit von 50 % gemäss dem ZMB-Gutachten abgestellt werde, sei deshalb bis mindestens Ende Oktober 2017 (drei Monate nach der Verbesserung des Gesundheitszustands) ein Anspruch auf eine befristete ganze Rente ausgewiesen. Der Begründung der Abweisung durch die Beschwerdegegnerin könne nicht gefolgt werden. Der Beschwerdeführer habe sich sämtlichen möglichen und erforderlichen therapeutischen Massnahmen unterzogen. Von zusätzlichen Behandlungen neben der ambulanten Therapie sei keine Besserung des Gesundheitszustands und keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Die Gutachter hätten denn auch keine entsprechenden Vorschläge gemacht, sondern ausdrücklich die Weiterführung der bisherigen Therapie zur Stabilisierung empfohlen. Die rechtlichen Ausführungen der Beschwerdegegnerin seien auf den vorliegenden Sachverhalt nicht anwendbar. Es sei von einer Therapieresistenz auszugehen. Allein mit fehlender Therapieresistenz liesse sich zudem eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nach der Rechtsprechung (Bundesgerichtsurteil 9C_845/2016 E. 3.4 mit Hinweis auf 8C_841/2016) nicht ausschliessen. Das Gutachten komme im Licht der beachtlichen Indikatoren zum Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 %. Explizit seien alle invalidenversicherungsfremden Faktoren ausgeschieden worden. Bei aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbsfähigen Männern werde wegen der statistisch weniger guten Entlohnung ein Abzug (von den Tabellenlöhnen) anerkannt. Der Teilzeitabzug mache mindestens 10 % aus. Der Beschwerdeführer unterliege ausserdem selbst für leichte Tätigkeiten zahlreichen Einschränkungen. Ein potenzieller Arbeitgeber des Beschwerdeführers werde mit vermehrten Absenzen zu rechnen haben. Dem Beschwerdeführer stünden nur noch wenige Jahre aktiver Berufstätigkeit bevor. Da ihm die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ___ nicht mehr zumutbar sei, müsse ein Berufswechsel erfolgen, was sich, da die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten fehlten, ebenfalls nachteilig auf den Lohn auswirken werde. Insgesamt sei ein Tabellenlohnabzug von mindestens 20 % angemessen. Bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 67.3 % und Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Von einer

Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers könne bei realistischer Betrachtung nicht ausgegangen werden. Dr. B. ___ habe ausgeführt, auf dem ersten Arbeitsmarkt könne der Beschwerdeführer keine Arbeitsfähigkeit mehr verwerten. Schon aus kardiologischen Gründen sei dem Beschwerdeführer nur noch eine leichte Tätigkeit möglich, aus orthopädischer Sicht kämen keine repetitiven Halte- oder Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm, kein repetitives Treppengehen und keine lange Gehdauer in Frage. Ein Anforderungsprofil aus psychiatrischer Sicht lasse sich dem Gutachten nicht entnehmen. Bei der Zumutbarkeit der Erwerbstätigkeit in Selbsteingliederungspflicht sei das Alter eine die Invalidität beeinflussende persönliche Eigenschaft. Spätestens ab 1. März 2016 sei daher eine ganze Rente zuzusprechen. D. In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. April 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die zuletzt niedrige Frequenz der ambulanten Behandlung mit lediglich einmal pro Monat stattfindenden Konsultationen spreche gegen eine Behandlungsresistenz und einen erheblichen Leidensdruck. Im Begutachtungszeitpunkt sei nur noch eine leichte Depression festgestellt worden, während Dr. F. ___ im November 2016 noch eine mittelgradige bis schwere depressive Symptomatik erwähnt habe. Das spreche für eine therapeutische Anfechtbarkeit der Störung. Schon im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Klinik Z. ___ habe sich eine erfreuliche Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes gezeigt. Es könne nicht auf eine besondere Schwere der psychischen Gesundheitsstörung geschlossen werden. Abgesehen von einer festgestellten gewissen Tendenz, in schwierigen Situationen übereilte, nicht zu Ende gedachte Entschlüsse zu fassen, werde im Gutachten keine im Gesamtkontext (die Ressourcen) hemmende Wirkung der akzentuierten Persönlichkeitszüge erwähnt. Der Beschwerdeführer verfüge vielmehr über eine ansehnliche Ressourcenlage. Die körperlichen Beeinträchtigungen schränkten die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten einzig aus rheumatologischer Sicht um 10 % leicht ein. Eine relevante organische Komorbidität liege also nicht vor. Es bestünden keine Hinweise darauf, dass das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers durch seine Persönlichkeitsstruktur erheblich negativ beeinflusst werde. Der Beschwerdeführer habe gute familiäre Verhältnisse und pflege regen Kontakt zu Kollegen. Er habe ausserdem einen geregelten Tagesablauf, betreibe regelmässig körperliche Aktivitäten, gehe Hobbys nach und gebe sich mit den Grosskindern und einer Schwester ab. Das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers sei demnach nicht in allen mit der Erwerbstätigkeit - wo er sich voll arbeitsunfähig fühle - vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt. Dazu komme, dass sowohl bei der psychiatrischen wie der rheumatologischen Begutachtung eine Diskrepanz zwischen der Beschwerdeschilderung und den erhobenen Befunden festgestellt worden sei. Schliesslich stehe beim Beschwerdeführer eine starke subjektive Krankheitsüberzeugung im Vordergrund. Die im psychiatrischen Teilgutachten festgestellten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Beeinträchtigungen könnten zusammengefasst nicht als überwiegend wahrscheinlich betrachtet werden. Sei ein rechtsgenügender Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinn einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, habe die materiell beweiselastete versicherte Person nach der Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 6) die Folgen zu tragen. In Abweichung vom ZMB-Gutachten sei von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 90 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Dass die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht verwertbar wäre, sei nicht ersichtlich. In Industrie und Gewerbe gebe es verschiedene

einfache Hilfsarbeiten, die leicht seien und keine repetitiven Halte- oder Überkopfarbeiten, keine Belastungen des rechten Arms, kein notwendiges repetitives Treppengehen und keine längeren Gehstrecken verlangten, nämlich beispielsweise leichte Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie, die Bedienung und Überwachung von [halb-]automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten und leichte Verpackungsarbeiten. Bei der Begutachtung sei der Beschwerdeführer 59 Jahre alt gewesen. In Anbetracht der relativ hohen Hürden, die das Bundesgericht für die Annahme von Unverwertbarkeit einer Restarbeitsfähigkeit älterer versicherter Personen entwickelt habe, sei dem Beschwerdeführer das Finden einer Stelle auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zwar erschwert, es sei aber nicht von vornherein als ausgeschlossen zu betrachten. Ein Teilzeitabzug sei nicht am Platz, weil die Arbeitsunfähigkeit von 10 % mit einem vermehrten Pausenbedarf (bei ganztägiger Präsenz) bzw. mit einem verminderten Rendement begründet worden sei. Hilfsarbeiten würden auf einem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt. Der Faktor Alter wirke sich nicht zwingend lohnsenkend, sondern bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten des Anforderungsniveaus 4 (ab 2012: Kompetenzniveau 1) sogar lohn erhöhend aus. Unter dem Titel eines leidensbedingten Abzugs könnten nur Umstände berücksichtigt werden, die auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen seien. Solche seien hier nicht ersichtlich. Dass nur noch leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar seien, biete keinen Grund für einen Abzug, weil das Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasse. Der Invaliditätsgrad betrage gerundet 26 %. E. Mit Replik vom 2. Mai 2018 wendet der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein, die Darlegung, dass eine Therapie mit nur einer Konsultation pro Monat stattgefunden haben solle, sei aktenwidrig. Die Termine seien in (sc. ärztlicher) Absprache und nach Notwendigkeit durchgeführt worden und hätten daher in der Häufigkeit variiert. Die nicht medizinisch begründete Annahme der Beschwerdegegnerin, es habe sich bei einer Intensivierung der Behandlung ein gewisser Therapieerfolg einzustellen, sei nicht belegt. Diese sei kein Erfolgsgarant. Die Frequenz sei den behandelnden Fachärzten zu überlassen. Die Beurteilung im Gutachten erfülle die rechtsprechungsgemässen Anforderungen des strukturierten Beweisverfahrens und lege die funktionelle Leistungseinschränkung nachvollziehbar dar. Es könne auf seine Erkenntnisse abgestellt werden. Bezüglich der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit habe sich die Beschwerdegegnerin mit pauschalen Verweisen auf die Rechtsprechung begnügt, ohne den Einzelfall gebührend zu würdigen. Aus psychischen Gründen würden sich ausserdem weitere Einschränkungen ergeben, die im Leistungsprofil gemäss dem Gutachten noch nicht berücksichtigt worden seien. Unter Berücksichtigung sämtlicher relevanter Umstände und insbesondere bei einer Restarbeitsfähigkeit von höchstens 50 % sei ein Abzug vom Tabellenlohn von 20 % angemessen. F. Die Beschwerdegegnerin hat am 18. Mai 2018 an ihrem Antrag festgehalten und auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 8. Dezember 2017, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Sie hat damit eine Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 1./2. September 2015 materiell (nach zu Recht erfolgtem Eintreten aufgrund des erlittenen Herzinfarkts des Beschwerdeführers) beurteilt, nachdem sie sein erstes Gesuch vom 21./26. August 2008 mit Verfügung vom 26. November 2010 formell rechtskräftig abgewiesen hatte. Der Beschwerdeführer beantragt im Beschwerdeverfahren einzig Rentenleistungen, im Hauptstandpunkt die Zusprache einer ganzen Invalidenrente spätestens ab 1. März 2016, eventualiter diejenige einer Dreiviertelsrente (subeventualiter

eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung). - Streitgegenstand bildet zunächst der allfällige Rentenanspruch. - Berufliche Eingliederungsmassnahmen zu treffen, hatte die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 18. Dezember 2015 als wegen des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht möglich abgelehnt. Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe. 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. Nach Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Diese wird gemäss Art. 7 Abs. 1 ATSG verstanden als der durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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. 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. Schon der Arzt 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). 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). Im Zusammenhang mit dem vorliegend zu beurteilenden Verfahren der IV-Neuanmeldung des Beschwerdeführers sind sein Gesundheitszustand und seine Arbeitsfähigkeit im April 2017 polydisziplinär durch eine MEDAS, das ZMB, begutachtet worden. Das Gutachten vom 13. Juli 2017 basiert zunächst auf einer jeweiligen Kenntnisnahme von den Vorakten. Die geklagten Beschwerden wurden erfragt. Bei der allgemeinmedizinischen Begutachtung beklagte der Beschwerdeführer vor allem psychische Probleme. Er habe Mühe, seine somatischen Krankheiten zu akzeptieren, fühle sich manchmal wie in einem Loch und habe Mühe, allein wieder herauszukommen. Er habe kein Selbstvertrauen mehr, leide unter Konzentrationsmangel und Kurzzeitgedächtnisstörungen. Seit etwa einem Jahr habe er zudem Schmerzen an der rechten Schulter und eine Bewegungseinschränkung. Ausserdem leide er an Knöchelödemen beidseits mit Spannungsgefühl und Schmerzen. Er habe Albträume und erwache nachts mehrfach (vgl. IV-act. 142-17). - Bei der Untersuchung wurden keine Erkrankungen erhoben, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Im Übrigen wurden aber unter anderem eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus II, ein Status nach Stent-Einlage 10/2014, wahrscheinlich Ca-Antagonist-induzierte Knöchelödeme beidseits und eine chronische Bronchitis diagnostisch erwähnt (vgl. IV-act. 142-19). Anlässlich der rheumatologischen Begutachtung gab der Beschwerdeführer an, nach dem Herzinfarkt Schmerzen am ganzen Körper, am deutlichsten im Bereich der Knie, der Ellenbogen und der Handgelenke beidseits, bekommen zu haben, die insgesamt tolerierbar seien. Noch während des Aufenthalts in der Klinik Z.____ im Januar 2016 sei plötzlich ein massiver Schmerz an der linken Schulter eingetreten, nach etwa drei bis vier Wochen aber wieder abgeklungen. Knapp einen Monat später sei es plötzlich zu Schulterschmerzen rechts gekommen, die aber nicht mehr aufgehört hätten, sondern immer schlimmer würden und mit einer zunehmenden Beweglichkeitseinschränkung einhergingen. Vor mehr als einem halben Jahr habe er dann sehr starke Schmerzen und anschliessend einen Bluterguss um den distalen Oberarm, Ellbogen und proximalen Unterarm rechts gehabt. Weder der Hausarzt noch der Gelenk-Ultraschallspezialist Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hätten die klare Ursache feststellen können. Man sei davon ausgegangen, dass etwas gerissen sei. Ultraschallbehandlung und Infiltration der rechten Schulter hätten keine Schmerzlinderung gebracht. Am schlimmsten seien die Schmerzen bei Abduktionsbewegungen des Arms; teilweise könne er den Arm nicht mehr über 90° heben. Er habe (bis zu 100-mal pro Tag) attackenartige Schmerzen im Bereich des distalen Oberarms und brachioradialen Unterarms rechts, vor allem im Liegen und bei Belastungen. Teilweise erwache er deswegen nachts. Seit etwa vier bis fünf Monaten habe er ausserdem Schmerzen im Bereich des ventralen Halses, zum Teil bis gegen die rechte Schulter ziehend, verstärkt bei seitlichen Kopfbewegungen. Unter dreimal neun Sitzungen Physiotherapie (mit einer Art Elektrotherapie mit Zuckung der Muskulatur, mit Ultraschall und mit Übungen) hätten sich die Schmerzen verstärkt. Wenn die Schmerzen nicht zu schlimm seien, führe er zwei- bis dreimal täglich ein Heimprogramm durch. Auch die Akupunktur im Bereich des Nackens habe zu mehr Schmerzen geführt. Das dagegen verschriebene Schmerzmittel habe initial gut geholfen, im Verlauf nur noch ungenügend. Sehr störend seien ferner seit mindestens einem halben Jahr die geschwellenen, schweren Beine mit einer begleitenden starken Müdigkeit; vor allem abends habe er einen massiven Druck in den Beinen. Er helfe sich mit Hochlagern; Stützstrümpfe oder eine

Lymphdrainage habe er bis anhin nicht bekommen. Des Weiteren komme es beim Gehen oder bei langem Verharren in der gleichen Position zu Schmerzen am ganzen Körper. Seit ca. zwei Jahren bestünden ferner beim Gehen ventralseitige Knieschmerzen beidseits. Er könne daher nur eine halbe Stunde bis maximal zwei Stunden lang gehen. Eine Arbeit als ___ könne er sich nicht mehr vorstellen, weil er im Rahmen der Depression das Vertrauen verloren und Angst vor einer solchen Tätigkeit habe, weil ihn die Schmerzen sehr störten und weil schon bei leichteren Anstrengungen eine Dyspnoe auftrete. - Die Gutachterin der Rheumatologie stellte beim Beschwerdeführer unter anderem einen Hohlrundrücken fest, ausserdem eine verminderte Schulterabduktion und -flexion rechts und Schmerzen, eine leichte Atrophie der Muskulatur der Schulter dorsal, vor allem im Supraspinatusbereich, eine Druckdolenz der distalen radialen Oberarm- und proximalen radialen Unterarmmuskulatur und in der Tiefe der radialen Ellenbeuge rechts, Genua vara, eine Druckdolenz am medialen Bandapparat rechts und eine leichte Lateralisierung der Patella bei Flexionsbewegungen beidseits, deutliche periphere Ödeme, leichte Degenerationen am Knie rechts, eine Verkalkung des Sehnenansatzes der Quadricepssehne am oberen Patellapol und eine Steilstellung und leicht- bis mässiggradige Degenerationen an der HWS, vor allem an der unteren HWS. Bei der neurologischen Untersuchung seien Schmerzen provozierbar gewesen, beispielsweise beim Prüfen der rohen Kraft der M. biceps und M. trizeps rechts (vgl. IV-act. 142-23 ff.). Für eine axiale Spondyloarthritis seien bei der klinischen Untersuchung keine klassischen Befunde objektivierbar gewesen (vgl. IV-act. 142-29). Eine klassische Epicondylopathia humeri radialis sei zurzeit nicht objektivierbar, die Befunde in der Ellenbogenregion seien eher myotendinogener Genese. Die klare Ätiologie der Schulterschmerzen sei bei den entsprechenden positiven klinischen Tests am ehesten im Sinn eines Impingementsyndroms, einer Supraspinatus- und Subscapularis-Tendinose zu sehen (vgl. IV-act. 142-30 f., bei der Auseinandersetzung mit der AEH-Vorbegutachtung). Es wurde empfohlen, die Analgesie insgesamt neu zu evaluieren, namentlich die Dosis Olfen dringend zu reduzieren (vgl. IV-act. 142-31). - Die Gutachterin der Rheumatologie bezeichnete die Beurteilung des AEH-Gutachtens von 2015 einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für mittelschwere Arbeit nur teilweise für nachvollziehbar. Schon damals wie zurzeit seien Tätigkeiten mit repetitiver Belastung der rechten Schulter und Arbeiten mit Halten sowie Überkopfarbeiten eingeschränkt zumutbar gewesen, auch in der Tätigkeit als ____. Als ____ sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Bei angepassten Tätigkeiten (auch ohne Belastungen des rechten Arms und ohne repetitives Treppensteigen oder längere Gehstrecken) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90 % mit vermehrtem Pausenbedarf von 10 %. Nach der Beschreibung der diagnostischen Diskrepanzen ihrer Beurteilung zu jener des AEH legte die ZMB-Gutachterin der Rheumatologie dar, diskrepanz seien auch die Angaben des Beschwerdeführers zum Schmerzbeginn der rechten Schulter und in der Ellenbogenregion. - Eine lediglich zeitliche Differenz erscheint allerdings nicht relevant. - Die Gutachterin erklärte weiter, der Beschwerdeführer schildere seine Beschwerden glaubhaft und zum Teil könnten diese aufgrund der klinischen Untersuchung auch zugeordnet werden. Es bestehe aber eine Diskrepanz zwischen angegebener Qualität und beschriebenem Ausmass der Schmerzen sowie erlebter Behinderung einerseits und den erhobenen klinischen und bildgebenden Untersuchungsbefunden andererseits. Ein Teil der Schmerzen, vor allem die angegebenen Ganzkörperschmerzen und die heftigen Schmerzattacken um die Ellenbogenregion rechts, lasse sich rheumatologisch nicht spezifisch zuordnen (vgl. IV-act. 142-30). - Bezüglich der Feststellung einer Diskrepanz des Schmerzausmasses zu

den bildgebenden Untersuchungsbefunden ist festzuhalten, dass die bildgebenden Untersuchungen bei der rheumatologischen Begutachtung als dürftig zu betrachten sind. Obwohl der Beschwerdeführer hauptsächlich Schulterbeschwerden und Ellenbogenbeschwerden beklagte, begnügte sich die ZMB-Gutachterin im April 2017 mit der Kenntnisnahme von zwei Ultraschallbefunden der Schulter rechts von Mai und August 2016 und hielt lediglich dafür, bei einer Persistenz der Schulterbeschwerden sei ein Arthro-MRI sinnvoll (IV-act. 142-31). Wie sich aus dem nachgelieferten Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Spital X. vom 24. August 2017 ergibt, zeigten sich bei einem MRI vom 4. August 2017 eine transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne und ein gelenksseitiger Einriss der Subscapularissehne im Bereich der kranialen Insertion Schulter rechts. Vom Ellenbogen wurden soweit ersichtlich keine Bilder erhoben. Da allerdings davon ausgegangen werden kann, dass die Gutachterin die klinischen Beschwerden bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit insgesamt ausreichend berücksichtigte, erscheint eine Ergänzung nicht erforderlich. Bei der kardiologischen Untersuchung nannte der Beschwerdeführer als aktuelle Beschwerden wiederum die Unterschenkelödeme (DD wegen Amlodipin), die Müdigkeit und geringere Belastbarkeit (DD Bilol-bedingt), einen thorakalen Druck und Anstrengungsdyspnoe. Dass er zur kardiologischen Anamnese selbst befragt worden wäre, ist nicht ersichtlich. - Ergometrisch wurden in der Folge gutachterlich eine auf etwa 70 % des Solls eingeschränkte physische Belastbarkeit und ein ungenügender Pulsanstieg festgestellt (vgl. IV-act. 142-33). Rein kardiologisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit für Arbeiten ohne schwere und mittelschwere Anstrengungen. Falls nach einer Medikamentenmodifikation (Amlodipin ab- und ev. ersetzen, Bilolreduktion oder -Absetzung) die Belastbarkeit besser würde, wären auch mittelschwere Arbeiten unter diesem Aspekt möglich (vgl. IV-act. 142-34 f.). Dies sei seit drei Monaten nach dem Infarkt anzunehmen (vgl. IV-act. 142-34). - Bei dem zweiten Herzinfarkt, von dem der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen und der neuropsychologischen Untersuchung berichtete (vgl. unten), dürfte es sich nach der Aktenlage im Übrigen um das Vorkommnis gehandelt haben, das diagnostisch im Austrittsbericht vom 30. Dezember 2014 als hypertensive Entgleisung erfasst wurde (vgl. Fremd-act. 1-47 ff, IV-act. 142-9 und 142-16). Bei der neuropsychologischen Untersuchung zeigten sich bei diversen Tests im Sinn der selektiven Aufmerksamkeit durch eine Verlangsamung gekennzeichnete Aufmerksamkeitsfunktionen. Die Merkfähigkeit des Beschwerdeführers sei in der Muttersprache an der Grenze zur Norm gewesen und es habe eine deutliche kognitive Verlangsamung bestanden (vgl. IV-act. 142-67). Bei der psychiatrischen Begutachtung gab der Beschwerdeführer als Beschwerden unter anderem wiederum diejenigen im Bereich der rechten Schulter und der Beine an. Er könne ganz gute Tage haben, dann bekomme er plötzlich wieder "mit dem Hammer auf den Kopf", das könne lange dauern. Die Brustschmerzen würden Angst vor einem weiteren Herzinfarkt machen. Seit dem Burn-out im Zusammenhang mit dem Mobbing 2007/08 sei er nicht mehr stabil gewesen und seit dem zweiten Herzinfarkt sei alles noch schlimmer geworden (vgl. IV-act. 142-47, vgl. auch IV-act. 142-63). - Der Gutachter der Psychiatrie fand beim Beschwerdeführer eine leicht eingeeengte Willensbildung und eine formal leichte Einengung des Gedankengangs auf die diversen körperlichen Beschwerden und die Stimmungsprobleme. Die Beschwerdeschilderung sei konzis gewesen. Der Beschwerdeführer sei in leichtgradiger depressiver Verstimmung gewesen. Es hätten eine leichte Freudlosigkeit, ein leichter Interessenverlust, ein leicht vermindertes Antriebsvermögen, ein leicht vermindertes Selbstwertgefühl,

ein leichtes negatives Gedankengrübeln und leichte Ängste vor einem neuerlichen Myokardinfarkt bestanden. Mit Ausnahme einer gewissen Verlangsamung hätten klinisch psychiatrisch keine kognitiven Störungen nachgewiesen werden können (vgl. IV-act. 142-48). Die Persönlichkeit sei mässig integriert, so die Selbst-/Fremdwahrnehmung, die Selbststeuerung, die emotionale Kommunikation, die innere Bindung/äussere Beziehung. Das Vollbild einer Persönlichkeitsstörung lasse sich aber nicht nachweisen (vgl. IV-act. 142-52). Sowohl in bisheriger wie in adaptierter Tätigkeit bestehe eine mittelgradige Einschränkung der Flexibilität/Umstellfähigkeit, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs-/Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit bei ansonsten erhaltenen Items (vgl. IV-act. 142-59). - Im Vergleich zur psychiatrischen Begutachtung durch Dr. E. ___ im September 2010 [mit dem Ergebnis einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit und von 30 % in einer adaptierten Arbeit wie als ___, vgl. IV-act. 142-53; vgl. aber IV-act. 72-10: richtig 30 und 25 %] habe eine gewisse "Umwertung" stattzufinden. Seit dem kardialen Ereignis vom Oktober 2014 sei von psychiatrischer Seite eine moderate Verschlechterung eingetreten, so dass eine erwerbsbezogene Leistungsminderung von 40 % anzunehmen sei (vgl. IV-act. 142-55 f.). Nachgewiesen werden könnten deutliche psychosoziale Faktoren und emotionale Konflikte; diese würden teilweise in der gut nachweisbaren Persönlichkeitsakzentuierung im Übergang zu einer Persönlichkeitsstörung aufgehen (vgl. IV-act. 142-56). - Bei der Auseinandersetzung mit dem Vor- [Teil-] Gutachten von Dr. F. ___ vom Oktober 2015 wies der ZMB-Gutachter darauf hin, dass bei einem Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung (sc. wie jenem von Dr. F. ___) andere Fragestellungen im Vordergrund stünden als in einem IV-Gutachten. In einem IV-Gutachten seien die IV-fremden Faktoren auszuschneiden. Die (von Dr. F. ___) im November 2016 auf 100 % beurteilte Arbeitsunfähigkeit könne nicht nachvollzogen werden. Die Ängste des Beschwerdeführers würden gutachterlich (vom Gutachter des ZMB) einerseits unter die ausgeprägte Persönlichkeitsakzentuierung und andererseits unter die rezidivierende depressive Störung subsumiert (vgl. IV-act. 142-60). - Der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, es bestehe eine Diskrepanz zwischen der Intensität der Beschwerdeschilderung und dem präsentierten Beschwerdeverhalten (vgl. IV-act. 142-48). Zur psychiatrischen Begutachtung lässt sich im Einzelnen festhalten, dass der ZMB-Gutachter, was den funktionellen Schweregrad und die Komorbiditäten betrifft, nachvollziehbar darlegte, die deutlich ausgebildete Persönlichkeitsakzentuierung im Übergang zu einer Persönlichkeitsstörung und die rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig, würden sich gegenseitig addieren. Die gesamte Störung sei knapp mittelgradig ausgeprägt (vgl. IV-act. 142-58). - Der Gutachter der Psychiatrie beschrieb die erhobenen Befunde (im Einzelnen vgl. IV-act. 142-48 f. und IV-act. 142-57). Im Mini-ICF-APP ergaben sich mittelgradige Einschränkungen in mehreren arbeitsrelevanten Fähigkeiten (vgl. IV-act. 142-59). Es liege eine gewisse Somatisierung vor. Der Beschwerdeführer habe vordergründig von den Schmerzen und kardialen Problemen gesprochen, eher an zweiter Stelle von seinen Verstimmungen und Ängsten (vgl. IV-act. 142-57). - Wie im Gutachten dargelegt wurde, hat der Beschwerdeführer schon während der Dauer des langjährigen Arbeitsverhältnisses eine psychiatrische Behandlung aufgenommen, nämlich im November 2007 (vgl. IV-act. 142-39, 142-52; vgl. Arztbericht Dr. C. ___, IV-act. 24-2). Er wurde auch medikamentös behandelt (vgl. IV-act. 142-39 f.). Die von Dr. C. ___ delegierte Fachpsychologin für Psychotherapie lic. phil. D. ___ hatte am 12. August 2009 ausdrücklich

festgehalten, die Bereitschaft des Beschwerdeführers zum Engagement in der Psychotherapie und in der Erwerbstätigkeit sei klar gegeben. Er nehme die Therapie verantwortungsbewusst wahr (vgl. IV-act. 43-1). Diese Feststellung lässt sich im Übrigen auch bezüglich der Erwerbstätigkeit aufgrund der Aktenlage bestätigen. Der Beschwerdeführer trat (vor dem Herzinfarkt) jeweils ohne Unterbruch eine neue Stelle an. Auch bei der Begutachtung durch die Klinik Y.____ im Oktober 2015 war der Beschwerdeführer medikamentös (mit einem Mittel gegen Depressionen, Panik- und Zwangsstörungen) behandelt (vgl. Fremd-act. 1-31); der Gutachter Dr. F.____ erachtete in der Folge im Oktober 2015 eine Optimierung dieser Psychopharmakotherapie und eine intensivere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für nötig (vgl. Fremd-act. 1-33). Entsprechend war der Beschwerdeführer vom 5. Januar bis 1. Februar 2016 in der Klinik Z.____ hospitalisiert und wurde ab 5. März 2016 ambulant durch Dr. F.____ behandelt (vgl. IV-act. 108-2). Die Ergebnisse der Laboruntersuchungen entsprachen den Angaben des Beschwerdeführers und ergaben, dass der Serumspiegel für das Medikament Citalopram knapp oberhalb des unteren Referenzwertes, jener für Olanzapin (als Einschlafhilfe/leichtes Entspannungsmittel) deutlich unterhalb des unteren Referenzwertes und jener für Diclofenac am unteren Referenzwert lag. Amisulprid lag im nicht nachweisbaren Bereich (der Beschwerdeführer hatte das entsprechende Mittel auch nicht erwähnt; IV-act. 142-77). - Aufgrund dieser Aktenlage ist nachvollziehbar, dass das ZMB in seinem Gutachten erklärte, im Zusammenhang mit der Wiederanmeldung bei der IV sei ein verzögert einsetzender, behandlungsanamnestisch nachweisbarer Leidensdruck zu attestieren (vgl. IV-act. 142-61; seit der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des kardialen Ereignisses im Oktober 2014 fühle sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage, wieder erwerbstätig zu werden, ein eingliederungsanamnestischer Leidensdruck sei nicht nachzuweisen, vgl. IV-act. 142-62). - Bezüglich des (bei den Standardindikatoren zu berücksichtigenden) Komplexes der Persönlichkeit ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer zwar nach gutachterlicher Beurteilung über eine ansehnliche Ressourcenlage in Form von tragfähigen familiären Verhältnissen verfügt (vgl. IV-act. 142-51). Indessen ist, nachdem er früher jahrelang in Arbeitsverhältnissen hat bestehen können, von der gesundheitlichen Beeinträchtigung auch seine Persönlichkeit betroffen. Durch die schwierige berufliche Entwicklung ab 2005 ist nach gutachterlicher Beurteilung die Tragfähigkeit nachweisbar beeinträchtigt (vgl. IV-act. 142-51). Die Persönlichkeit sei mässig integriert (vgl. IV-act. 142-58, 142-52). Der Gutachter beschrieb ein brüchiges Selbstwerterleben, eine verminderte Konfliktfähigkeit und eine kompensatorische Leistungsbereitschaft (vgl. IV-act. 142-51). Dieses Zusammenfallen der psychiatrischen Leiden ist (wie erwähnt) als Erschwernis zu berücksichtigen. - Was den sozialen Kontext und das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers betrifft, hielt der Gutachter der Psychiatrie fest, der soziale Kontext sei erhalten (vgl. IV-act. 142-58). Die Gutachter haben die Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers (dieser pflegt familiäre Beziehungen, geht spazieren, fährt Velo, schwimmt, bastelt, und geht zweimal pro Woche seinem Hobby nach; bei Letzterem könne er die Probleme vergessen; vgl. IV-act. 142-58) aufgenommen und bewertet. Es bestehe eine knapp mittelgradige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (vgl. IV-act. 142-59). Diese Beurteilung kann angesichts der polydisziplinär attestierten, im Umfang von 50 % erhalten gebliebenen Arbeitsfähigkeit nachvollzogen werden. - Die Gutachter haben auch die Konsistenz geprüft, wie es die Rechtsprechung vorsieht. Dabei hielten sie im Ergebnis fest, die Beschwerdeschilderung sei aus psychiatrischer Sicht konzis gewesen, auch aus

rheumatologischer Sicht seien die geschilderten Beschwerden glaubhaft. Es bestehe sowohl im somatischen wie im psychiatrischen Bereich eine konzise Pathologie (vgl. IV-act. 142-80). Sowohl bei der rheumatologischen wie bei der psychiatrischen Begutachtung sei eine gewisse Diskrepanz zwischen dem erlebten Schmerzausmass (bzw. der beklagten Leistungsinsuffizienz) und den erhobenen Befunden (bzw. der Pathologie) festgestellt worden. Angegeben habe der Beschwerdeführer eine volle Leistungsunfähigkeit (vgl. IV-act. 142-80). Die Gutachter gelangten indessen in einer Gesamtschau zur Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Demnach liess sich gutachterlich nicht die gesamte beklagte Leistungsinsuffizienz, aber ein Teil davon objektivieren (vgl. zu den unvollständigen Bildgebungen ausserdem oben E. 3.1.2). Die Diskrepanz zum Schmerzerleben wurde somit von den Gutachtern vollumfänglich berücksichtigt und bietet keinen Grund, vom begründeten Ergebnis abzuweichen. Angemerkt werden kann im Hinblick auf die Konsistenz im Übrigen, dass die EFL bei der AEH-Begutachtung ergeben hatte, dass der Beschwerdeführer zwar eine zu tiefe Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit aufweise (PACT-Test, Fremd-act. 1-15), aber keine Symptomausweitung bestehe. Die Schmerzbeschreibung sei differenziert gewesen, das Schmerzverhalten insgesamt adäquat, die Leistungsbereitschaft zuverlässig und die Konsistenz insgesamt gut (Fremd-act. 1-19). Gemäss der gutachterlichen Beurteilung des ZMB zeigte sich im Vergleich zu dem bei der psychiatrischen Begutachtung (durch Dr. E.____) von 2010 vorgefundenen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht eine Verschlechterung. Nach dem kardialen Ereignis hätten sich die psychopathologischen Befunde verstärkt (vgl. IV-act. 142-60 i.V.m. 142-62). Dr. E.____ hatte wie erwähnt eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der angestammten und von 25 % in einer angepassten Tätigkeit des Beschwerdeführers festgestellt. Es kann darauf hingewiesen werden, dass sich in seinem Gutachten vom 14. September 2010 eine Auseinandersetzung mit der Frage der Überwindbarkeit der Beschwerden findet, wie sie nach der damaligen Rechtsprechung (gemäss BGE 130 V 352, die später, am 3. Juni 2015, durch BGE 141 V 281 modifiziert wurde) erforderlich war. Massgebend waren damals das Vorliegen einer (mit einer somatoformen Schmerzstörung wirkenden) ausgewiesenen psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien, der sogenannten Foerster'schen Kriterien. Als Ressourcen des Beschwerdeführers waren damals die bisherige Bedeutung der beruflichen Tätigkeit für ihn und die stützenden Faktoren seitens seines familiären Umfelds genannt worden. Als (die Leistungsfähigkeit) hemmende Umstände waren die psychiatrische Komorbidität, der [damals bereits] chronifizierte Verlauf mit unveränderter Symptomatik, die bis dahin unbefriedigenden Behandlungsergebnisse, der bisherige Verlust an sozialer Integration, die limitierten persönlichen Ressourcen im ausserberuflichen Bereich sowie der relative soziale Rückzug und nicht zuletzt die wirtschaftlichen Aspekte erwähnt worden (vgl. IV-act. 72-10). Gutachter Dr. E.____ hatte damals darauf hingewiesen, dass er die zumutbare Willensanspannung in die Beurteilung einbezogen habe (vgl. IV-act. 72-11), und hatte (vgl. zum Beweiswert früherer Gutachten BGE 141 V 281 E. 8; vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 18. Mai 2017, 8C_842/2016) somit ebenfalls bereits auf eine - auch unter dem Gesichtspunkt der nunmehr relevanten Standardindikatoren ausreichende - erforderliche Objektivierung geachtet. - Die gutachterliche psychiatrische Arbeitsfähigkeitsschätzung des ZMB mit dem Ergebnis einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 40 % (psychiatrisch bedingt) erscheint auch unter diesem Aspekt

überzeugend, denn im Vergleich zum Begutachtungsergebnis von 2010 einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % (in adaptierter Tätigkeit) und von 30 % (in angestammter Tätigkeit) war eine Verstärkung der Befunde (IV-act. 142-60 i.V.m. 142-62) eingetreten. Die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in angestammter wie in adaptierter Tätigkeit habe auf 40 % zugenommen (vgl. IV-act. 142-81). Auf diese auf die Befunde abgestützte und durch beschriebene Beeinträchtigungen begründete Arbeitsunfähigkeitsschätzung ist abzustellen. Des Weiteren wurde im ZMB-Gutachten in rheumatologischer Hinsicht seit der Begutachtung vom November 2015 (durch das AEH) eine Verschlechterung festgestellt. Es bestehe ein um 10 % vermindertes Rendement infolge der rheumatologisch bedingten Schmerzen (vgl. IV-act. 142-81). Die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in angestammter wie in adaptierter Tätigkeit habe auf 40 % zugenommen. Die Schulterproblematik habe sich verstärkt (vgl. IV-act. 142-81). Aus kardiologischer Sicht sei nach dem Herzinfarkt für drei Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit eingetreten, danach bleibe eine Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere und schwere Arbeiten bestehen (vgl. IV-act. 142-82). Die vom ZMB-Gutachten nach den von den Gutachtern festgestellten zwischenzeitlichen gesundheitlichen Verschlechterungen aus gesamtheitlicher Sicht unter Berücksichtigung des kardiologischen und rheumatologischen Profils und der psychiatrisch begründeten Beeinträchtigungen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % zur Begutachtungszeit erscheint demnach nachvollziehbar. Sie ergab sich nach einer gutachterlichen Berücksichtigung der Standardindikatoren. Darauf kann nach dem Dargelegten vollumfänglich abgestellt werden. Was die Sachverhaltsentwicklung im zurückliegenden Zeitablauf betrifft, wurde gutachterlich festgehalten, die Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 50 % bestehe ab dem Gutachtensdatum (vgl. IV-act. 142-82). Eine Rückdatierung der psychiatrisch bedingten Leistungsminderung um 40 % sei angesichts der komplexen Aktenlage nicht möglich (vgl. IV-act. 142-62 und 142-81). Bei der Auseinandersetzung mit der psychiatrischen Vor- [Teil-] Begutachtung (von Dr. F.____) des AEH-Gutachtens vom November 2015 hielt der ZMB-Gutachter der Psychiatrie dafür, dieses sei nicht in Kenntnis der vollen Aktenlage ergangen, es hätten für die Krankentaggeldversicherung andere Fragestellungen im Vordergrund gestanden und bei IV-Gutachten seien die invaliditätsfremden Faktoren auszuschneiden. Aufgrund der Aktenlage und der eigenen Exploration könne die dortige Schlussfolgerung einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht nachvollzogen werden (vgl. IV-act. 142-60). - Die Begutachtung durch (den den Beschwerdeführer nachmalig behandelnden) Dr. F.____ vom 15. Oktober 2015 (Gutachten vom 23. Oktober 2015) basierte auf der Aktenlage nach dem Herzinfarkt. Neben der Aufnahme der klinischen Befunde setzte der Gutachter auch testpsychologische Instrumente ein. Dabei ergaben sich Hinweise auf eine mittelschwere depressive Symptomatik (Montgomery-Asberg Depression Scale MADRS), auf einen mittelschweren Grad der Beeinträchtigung durch die Angststörung (erhöhter Wert in allen Unterskalen der Panik- und Agoraphobie-Skala PAS), mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen der Flexibilität und Umstellungs-, Durchhalte-, Selbstbehauptungs- und Gruppenfähigkeit (Mini-ICF-APP), qualitativ und quantitativ deutlich unterdurchschnittliche Sorgfalts- und Konzentrationsleistungen und ein ebensolches Bearbeitungstempo (Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test; vgl. Fremd-act. 1-31 f.). Der Gutachter attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, legte aber bereits fest, dass nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation innerhalb von vier bis sechs Wochen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe, ohne zu erwähnen, dass es sich um eine bloss

hypothetische Erwartung handle. Offen liess der Gutachter lediglich, ob eine weitere Verbesserung werde erzielt werden können (vgl. Fremd-act. 1-33). Zu einem dadurch begründeten gewissen Zweifel an der Stichhaltigkeit der Beurteilung voller Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers durch Dr. F. ___ bzw. durch das AEH kommt, dass der ZMB-Gutachter der Psychiatrie selbst die volle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht nachvollziehen konnte (vgl. IV-act. 142-60), welche der dannzumal behandelnde Arzt Dr. F. ___ dem Beschwerdeführer nach der Beschreibung einer erneuten Verschlechterung dessen Gesundheitszustands attestierte (Bericht vom 23. November 2016). Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass retrospektiv nicht auf eine volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht gemäss dem AEH-Gutachten abgestellt werden kann. Vielmehr ist nach der Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab November 2014, dem im AEH-Gutachten erwähnten Zeitpunkt des Eintritts einer psychiatrischen Verschlechterung, von einer Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 40 % gemäss dem ZMB-Gutachten auszugehen. Auch rheumatologisch betrachtet wurde festgehalten, die Arbeitsunfähigkeit von 10 % liege sicherlich ab dem Gutachtensdatum vor. Die retrospektive Beurteilung sei schwierig (vgl. IV-act. 142-81). Immerhin wurde jedoch die Beurteilung einer diesbezüglich vollen Arbeitsfähigkeit durch das AEH als nicht nachvollziehbar bezeichnet, da damals bereits der Verdacht auf eine frozen shoulder geäussert worden sei (vgl. IV-act. 142-85). Die Verschlechterung ist daher bereits ab der Zeit des Herzinfarkts anzunehmen (vgl. dazu Fremd-act. 1-2 und 1-10). Zusammenfassend ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit ab ___ Oktober 2014 während dreier Monate voll, danach zu 50 % arbeitsunfähig war. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach 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). - Bei der vorliegenden Aktenlage kann (namentlich angesichts des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit schon während des langjährigen Arbeitsverhältnisses trotz der schliesslich durch den Beschwerdeführer vorgenommenen Kündigung) angenommen werden, er wäre ohne Eintritt des Gesundheitsschadens an der betreffenden Arbeitsstelle verblieben. Der Durchschnitt aus den Einkommen der beiden Jahre vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit (2005 und 2006) macht für 2007 Fr. 89'150.-- aus (Fr. 90'618.-- aufgewertet um die Nominallohnentwicklung bis 2007, d.h. x 2047/1992, sind Fr. 93'120.--; Fr. 83'806.-- aufgewertet bis 2007, d.h. x 2047/2014, sind Fr. 85'179.--; vgl. je T39 der Lohnentwicklung 2012 des Bundesamtes für Statistik, S. 23, Männer). Es rechtfertigt sich daher, als Valideneinkommen des Jahres 2007 diesen Betrag von Fr. 89'150.-- festzulegen. - Ein relevantes Auseinanderfallen der Lohnentwicklungen zwischen Valideneinkommen und Invalideneinkommen lässt sich angesichts der Schwankungen im tatsächlichen Einkommen, das der Beschwerdeführer als Gesunder erzielte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit annehmen. Auf eine Aufwertung der beiden Vergleichsgrössen auf 2014 kann daher verzichtet werden. 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). - Der Beschwerdeführer hat nach dem Herzinfarkt kein für ein zumutbares Invalideneinkommen repräsentatives Einkommen mehr erzielt, so dass auf die Tabellenlöhne zu greifen ist. Im Jahr 2007 erzielten Männer mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im statistischen Durchschnitt Fr. 60'167.-- (vgl. Textausgabe Invalidenversicherung und Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015, Anhang 2, S. 226). - Trotz der medizinisch begründeten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (aus rheumatologischen Gründen Pausenbedarf von 10 %, keine repetitiven Belastungen der Schulter rechts, Halte- und Überkopfarbeiten und Treppengehen, keine längeren Gehstrecken; psychiatrische Leistungsfähigkeit begrenzt auf 60 % wegen u.a. mangelnder Durchhaltefähigkeit und Gruppenfähigkeit) und seines Alters ist nicht anzunehmen, dass ein ausgeglichener Arbeitsmarkt nicht mehr eine genügende Zahl an Arbeitsplätzen enthielte, die seinen Anforderungen entspräche. Denn nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts umfasst ein ausgeglichener Arbeitsmarkt selbst sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen gesundheitlich Beeinträchtigte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 18. Dezember 2019, 9C_693/2019 E. 5.1.3, und vom 28. November 2014, 9C_485/2014). Realitätsfremde Einsatzmöglichkeiten dürfen bei der Invaliditätsbemessung aber nicht berücksichtigt werden (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 5. November 2018, 9C_304/2018). 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 (oben erwähnten) diversen gesundheitlich bedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers sind in der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeitsschätzung enthalten. Diese berücksichtigt namentlich seinen Pausenbedarf. Die vorliegende medizinische Arbeitsunfähigkeitsschätzung erfasste aber auch bereits die mittelgradigen Einschränkungen der Flexibilität/Umstellfähigkeit, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs-/Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit (vgl. IV-act. 142-77). Wie erwähnt ist dennoch nicht anzunehmen, dass für den Beschwerdeführer auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht. Deshalb können unter dem Titel des leidensbedingten Abzuges grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind; somit kann ein Abzug etwa nicht wegen einer psychisch bedingt notwendigen verstärkten Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen erfolgen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 30. November 2015, 9C_437/2015 E. 2.4). Da die Einschränkungen (namentlich jene in der Flexibilität) in der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt sind, rechtfertigen sie vorliegend keinen Abzug (vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 14. November 2018, 8C_563/2018 E. 7.2.3 i.V.m. E. 5.1). Auch eine verminderte Flexibilität bezüglich des Leistens von Überstunden bildet rechtsprechungsgemäss in der Regel keinen Abzugsgrund

(vgl. Bundesgerichtsurteil vom 30. April 2019, 8C_799/2018 E. 4.4). Ob das Merkmal "Alter" einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist jeweils unter Berücksichtigung aller konkreter Umstände des Einzelfalls zu prüfen. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG), wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt. Der Umstand allein, dass höhere Lohnnebenkosten anfallen und eine kürzere Aktivitätsdauer vorliegt, rechtfertigt einen Abzug infolge des Faktors "Alter" nicht, da dies für alle Arbeitnehmer gilt und nicht die spezielle Einzelsituation berücksichtigt. Mangels zuverlässiger statistischer Grundlagen, welche die lohnwirksamen Nachteile des fortgeschrittenen Alters bei einem Stellenverlust aufzeigen, kann dies indessen nicht generell-abstrakt beurteilt werden (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 14. Mai 2018, 8C_841/2017 E. 5.2.2.3 mit Hinweisen, und vom 18. Dezember 2019, 8C_378/2019 E. 7.2.1, zur Publikation vorgesehen). Unter diesen Umständen erscheint ein Abzug wegen des Alters des Beschwerdeführers nicht am Platz. Da seine Arbeitsfähigkeit gemäss dem ZMB-Gutachten nicht auf eine teilzeitliche Arbeit beschränkt ist, sondern mit der Teilarbeitsfähigkeit (nebst dem Pausenbedarf) einer Verlangsamung Rechnung getragen wird, kann auch ein Teilzeitabzug nicht erfolgen. Der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, rechtfertigt nämlich praxisgemäss keinen Abzug, der über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinausgeht (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 16. Mai 2019, 8C_705/2018 E. 4.3, vom 13. Februar 2017, 9C_762/2016 E. 5, vom 8. Mai 2018, 8C_211/2018 E. 4.4, und vom 12. Februar 2020, 8C_190/2019 E. 4.2 mit Hinweisen). Demnach ist vorliegend kein Abzug vorzunehmen. Wird ein Valideneinkommen von Fr. 89'150.-- mit einem bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % erreichbaren Invalideneinkommen von Fr. 30'084.-- (Fr. 60'167.-- x 0.5) verglichen, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 66 % und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Der Beschwerdeführer hatte, ohne über eine Ausbildung zu verfügen, in seiner langjährigen Berufstätigkeit als ___leiter eine hohe Qualifikation erreicht, so dass grundsätzlich ein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestünde (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2009, IV 2007/388). Da er allerdings aus psychiatrischen Gründen in allen Tätigkeiten in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (und ausserdem keine besonders lange Aktivitätsdauer mehr vor sich hat), stand keine verhältnismässige Eingliederung im Raum, von der eine Senkung des Invaliditätsgrads zu erwarten gewesen wäre. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung) 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). - Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung). 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; Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Oktober 2015, IV 2013/52 E. 1.2, vom 2. Mai 2016, IV 2013/641 E. 1.1, und vom 15. März 2016, IV 2013/572 E. 6.4). - Art. 29 bis IVV sieht Folgendes vor: Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet. Beim Beschwerdeführer hatte bereits ab 13. August 2007 (vgl. IV-act. 23-1 und 46) eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Am 26. November 2010 war ein Rentenanspruch bei einer Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 25 % infolge eines unter 40 % liegenden Invaliditätsgrads abgelehnt worden. Mehr als drei Jahre später, in denen soweit ersichtlich keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert worden war, erfolgte die Neuanmeldung. Bei diesen Gegebenheiten hat das relevante Wartejahr erst mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am __. Oktober 2014 begonnen. Die einjährige Wartezeit war mit einem ausreichenden Durchschnitt an Arbeitsunfähigkeit im Oktober 2015 erfüllt. Angesichts der Anmeldung vom 1./2. September 2015 kann eine Auszahlung des Anspruchs auf die Dreiviertelrente allerdings erst ab 1. März 2016 erfolgen. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2017 teilweise gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ist ab 1. März 2016 eine Dreiviertelrente zuzusprechen. Es rechtfertigt sich angesichts des Obsiegens des Beschwerdeführers, der Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang 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). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 8. Dezember 2017 im Sinn der Erwägungen teilweise gutgeheissen und dem Beschwerdeführer wird ab 1. März 2016 eine Dreiviertelrente zugesprochen. Die Beschwerdegegnerin hat die 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.