



**Fall-Nr.:** IV 2010/245  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.06.2020  
**Entscheiddatum:** 27.03.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.03.2012**

**Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung durch Einkommensvergleich . Art. 17 Abs. 1 IVG. Umschulung. Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG. Arbeitsvermittlung (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 27. März 2012, IV 2010/245).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber,  
Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 27. März 2012

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob,  
St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente; berufliche Massnahmen



Sachverhalt:

A.

A.a Nach einer im Jahr 2000 erfolgten Abweisung seines Leistungsbegehrens (IV-act. 108) meldete sich der A.\_\_\_\_ am 2. März 2007 erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 112). Die IV-Stelle forderte ihn am 22. März 2007 auf (IV-act. 114), glaubhaft zu machen, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erhebliche Weise geändert habe. Der Versicherte liess ein Zeugnis von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, St. Gallen, vom 23. Mai 2007 einreichen (IV-act. 121). Er litt seit April 2006 an einem zervikoradikulären Syndrom bei grosser Diskushernie C 5/6. Dr. B.\_\_\_\_ betrachtete den Versicherten als Folge der Schmerzen, der Gefühlsstörungen und der Kraftminderung im linken Arm als vollständig arbeitsunfähig in der bisherigen Tätigkeit. Die IV-Stelle forderte bei Dr. B.\_\_\_\_ einen Bericht an. Dieser gab am 19. August 2007 an (IV-act. 130), er habe folgende Diagnosen erhoben: Therapieresistentes zervikoradikuläres Syndrom mit sensorischer und intermittierend motorischer Ausfallsymptomatik C6 links (mit/bei grosser medio-links-lateraler Diskushernie C5/6 mit Nervenwurzelkompression C6 und Zervikalmarkdeformation und muskuläre Dysbalance), depressives Zustandsbild, chronisches rezidivierendes thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom (mit/bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen, segmentaler Dysfunktion Th7/8 und Haltungsinsuffizienz) sowie - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Adipositas und arterielle Hypertonie. Dr. B.\_\_\_\_ gab in seinem Bericht weiter an, der Versicherte sei seit dem 19. April 2006 in der bisher ausgeübten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. Es bestehe eine Operationsindikation. Zur Behandlung des Schlafapnoesyndroms seien eine Septumplastik und eine Uvulo-palato-pharyngoplastik (UPPP) vorgesehen. Aktuell bestehe für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten und ohne Zwangshaltungen eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Die Z.\_\_\_\_ AG, St. Gallen, teilte am 6. September 2007 mit (IV-act. 133), sie habe den Versicherten als Tankwart beschäftigt. Der Lohn 2006 habe Fr. 53'340.-- betragen. Ohne den Gesundheitsschaden hätte der Versicherte im Jahr 2007 Fr. 55'000.-- verdient. Dr. med. C.\_\_\_\_ und Dr. med. vom Schlaflabor des Kantonsspitals St. Gallen berichteten am 4. Dezember 2007 (IV-act. 138), bei korrekter Behandlung des Schlafapnoesyndroms sei der Versicherte bei der Arbeit als Tankwart nicht eingeschränkt. Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt der



## St.Galler Gerichte

Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen, teilte am 27. Dezember 2007 mit (IV-act. 143), bei der einmaligen Untersuchung am 31. Mai 2006 habe nicht nur eine Nervenwurzelkompression, sondern auch eine Rückenmarksverlagerung vorgelegen. Er habe dem Versicherten sehr dringlich eine Operation angeraten. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 18. Mai 2007 (IV-act. 152), er habe folgende Diagnosen erhoben: Unreife Persönlichkeit (-Störung) und fluktuierende leichte bis mittelgradige Depression. Der Versicherte sei seit Mitte April 2006 zu 100% arbeitsunfähig. Er habe angegeben, er sei diplomierter Biologe, habe aber keine angemessene Tätigkeit gefunden und habe deshalb als Tankwart gearbeitet. Dr. E.\_\_\_\_ führte weiter aus, neben Gesprächen, die unregelmässig und in grösseren Abständen stattfänden und in denen er schlecht an den Versicherten herankomme, habe er Efexor verschrieben. Das habe wohl eine gewisse Distanzierung von den Beschwerden ermöglicht, aber insgesamt zeige sich keine deutliche Veränderung des Beschwerdebilds. Die psychische Erkrankung allein habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% zur Folge.

A.b Die IV-Stelle gab am 15. August 2008 ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag (IV-act. 161). Die Sachverständigen der SMAB AG, Bern, berichteten in ihrem Gutachten vom 15. Oktober 2008 (IV-act. 165), aus orthopädischer Sicht, als radikuläre Folge der nachgewiesenen Diskushernie C5/6, bestehe aktuell eine eher diffuse, sensible C5/6/7-Symptomatik linker Arm, hingegen keine Einschränkung der Motorik. Rein orthopädisch betrachtet seien leichte, wechselbelastende Arbeiten ohne Positionsmonotonien zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit (wozu auch die Arbeit als Tankwart gehöre) bestehe aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Aus psychiatrischer Sicht seien keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gefunden worden. Es bestehe eine primär ängstliche, vermeidende Persönlichkeit mit Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen einer subjektiv als ungerecht erlebten Situation des Fehlens von körperlicher Unversehrtheit mit einem sekundären Krankheitsgewinn. Auslöser des derzeitigen Zustandsbilds seien eine narzisstische Kränkung und in der Folge zusätzlich psycho-physiologische Mechanismen wie muskuläre Verspannungen und psychosomatische Reaktionsbildungen. Eine depressive Erkrankung (F32 bis F41) bestehe nicht. Es gebe auch keine Anhaltspunkte für eine organische Depression. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte zu 100% arbeitsfähig. Bei der internistischen Abklärung sei als Diagnose mit Relevanz für die



Arbeitsfähigkeit das Schlafapnoesyndrom erhoben worden (zur Zeit ohne Hinweis auf konsekutive Organschäden). Die Relevanz resultiere aus der bisher nicht ausreichenden Therapie. Nach einer geplanten Tonsillektomie müsse die Indikation für eine CPAP-Behandlung gestellt werden. Ein bei CPAP gut eingestelltes Schlafapnoesyndrom führe nicht nur zu einem Rückgang der Tagesmüdigkeit, sondern auch zu einer Senkung des Blutdrucks und zu einer Steigerung der Tagesaktivität. Trotz noch nicht ausgeschöpfter Therapiemöglichkeiten betrachtete die internistische Sachverständige den Versicherten als zu 100% arbeitsfähig für eine adaptierte, leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Zusammengefasst lauteten die Diagnosen: Zervikovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom mit/bei am 04.05.2006 im MRI erstmals festgestellter voluminöser, medio-links-lateraler Diskushernie C5/6, wahrscheinlich partiell sequestriert, mit diffuser sensibler C5/6/7-Symptomatik links, ferner kleine medio-links-laterale subligamentäre Diskushernie C4/5 ohne erkennbare klinische Relevanz; Schlafapnoesyndrom, zur Zeit ohne Hinweise auf konsekutive Organschäden, aktuell relevant, da ungenügend behandelt, ausserdem - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - rumpfmuskuläre Dysbalance, Haltungsinsuffizienz bei rumpfmuskulärem und insbesondere bauchmuskulärem Trainingsmangel; Übergewicht (BMI 34); seit Jahren bestehende arterielle Hypertonie, medikamentös gut eingestellt, ohne Hinweis für Organschäden; ängstlich-vermeidende Persönlichkeit (F 60.6) und Status nach narzisstischer Kränkung als Mitauslöser zusätzlicher psychophysiologischer Mechanismen wie muskuläre Verspannungen und psychosomatische Reaktionsbildung. Die Sachverständigen gingen von einer Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 100% aus. Sie sahen keine Operationsindikation betreffend die zervikale Diskushernie C5/6. Wichtig sei aber eine adäquate Behandlung des Schlafapnoesyndroms, denn dadurch könnten die qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit reduziert werden.

A.c Mit Vorbescheiden vom 26. Januar 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, sowohl das Rentenbegehren als auch das Begehren um berufliche Eingliederung/Arbeitsvermittlung abzuweisen (IV-act. 175, 174). Der Versicherte liess am 30. März 2009 einwenden (IV-act. 184-1 ff.), das Gutachten sei nicht umfassend. Es berücksichtige nicht sämtliche medizinischen Akten und auch nicht sämtliche Beschwerden, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führten (Achillessehnenansatzentzündung). Da die Akten des behandelnden Arztes Dr. B.\_\_\_\_



nicht beigezogen worden seien, würdige das Gutachten den Verlauf mit wiederholten Schmerzexazerbationen nicht. Die psychiatrischen Befunde deckten sich nicht mit den Beobachtungen von Dr. B.\_\_\_\_. Der Versicherte erleide wiederholt eindeutig depressive Episoden. Es lägen also psychische Störungen mit Krankheitswert vor, welche die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinflussten. Der Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig. Dr. B.\_\_\_\_ hatte am 11. März 2009 gegenüber dem Rechtsvertreter des Versicherten u.a. ausgeführt (IV-act. 180-5), zentral für die Gesamtbeurteilung sei die psychiatrische Problematik. Der Versicherte sei vom psychiatrischen Sachverständigen als "zu gut" beurteilt worden. Dr. med. F.\_\_\_\_, Neurologie FMH, hatte Dr. B.\_\_\_\_ am 19. Dezember 2008 berichtet (IV-act. 180-7), eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung habe ergeben, dass der Versicherte sehr unter dem chronifizierten zervikospondylogenen Schmerzsyndrom links leide. Bei starken Schmerzen bestehe eine diffuse Schwäche der rechten oberen Extremität, wahrscheinlich im Rahmen einer schmerzbedingten Minderinnervation. Die angegebene Sensibilitätsstörung am linken Daumen entspreche wohl einer sensiblen Radikulopathie C6 links. Elektrophysiologisch habe keine axonale Radikulopathie C5 bis C7 links bewiesen werden können. Elektroneurologisch habe sie ein leichtgradiges, rein sensibles Karpaltunnelsyndrom links festgestellt, das sicher auch einen gewissen Anteil an der Sensibilitätsstörung habe. Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM), hatte Dr. B.\_\_\_\_ am 16. Dezember 2008 berichtet (IV-act. 180-10), der Versicherte leide an einer Achillessehnenansatzentzündung bei Verkalkung und Senkfuss bds. Da die konservative Behandlung erfolglos geblieben sei, müsse eine chirurgische Revision erfolgen. Die IV-Stelle forderte Berichte der behandelnden Ärzte an. Dr. F.\_\_\_\_ teilte am 18. Mai 2009 mit (IV-act. 182), dass sie die Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht beantworten könne, da sie ihn nur einmal gesehen habe. Dr. G.\_\_\_\_ gab am 25. Mai 2009 u.a. an, (IV-act. 183), es sei eine Operation der Ferse geplant. Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 19. Juni 2009 (IV-act. 185), folgende Diagnosen seien erhoben worden: Therapieresistentes zervikoradikuläres Syndrom mit sensorischer und intermittierend motorischer Ausfallsymptomatik C6 links mit/bei grosser mediolinkslateraler DH C5/6 und wechselnd ausgeprägtem depressivem Zustandsbild, chronisch rezidivierendes thorako-/lumbovertebrales Sz-Syndrom mit/bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen und rezidivierenden segmentalen Dysfunktionen, schwergradiges schlafreglementierendes obstruktives



Schlafapnoesyndrom, Probleme mit der Akzeptanz der CPAP-Maske, wechselnd ausgeprägtes depressives Zustandsbild, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung, therapieresistente Achillodynie bds. linksbetont, operative Sanierung vorgesehen, und - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - leichtgradiges sensibles Karpaltunnelsyndrom links und arterielle Hypertonie. Dazu führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, es sei eine starke Fluktuation des psychischen Zustands zu konstatieren. Vor der Anpassung der CPAP-Beatmung sei eine Septumplastik durchgeführt worden. Leider sei eine UPPP unterblieben. Der Versicherte bekunde Mühe mit dem Tragen der CPAP-Maske, einerseits wegen der Druckstellen und andererseits wegen des Beengungsgefühls (DD: im Rahmen der Depression/Angstproblematik). Im Lauf des Jahres 2008 hätten die vorbestehenden leichten Achillessehnenbeschwerden stark zugenommen. Nun bestehe eine therapieresistente linksbetonte Achillodynie, die das Tragen geschlossener Schuhe weitgehend verunmögliche. Hier müsse das Ergebnis der operativen Sanierung abgewartet werden. Abschliessend hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, es sei auffällig, dass im Gutachten z.B. die Atrophie des Daumenballens links, der reduzierte Brachioradialisreflex und der sensible Ausfall C6 nicht festgestellt worden seien. Eine konklusive Beurteilung setze eine längerfristige arbeitsmedizinische Beurteilung voraus. Der Versicherte liess am 11. April 2009 eine Reihe von Arztberichten einreichen (IV-act. 189 bis 197). Der behandelnde Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ erstattete trotz mehrmaliger Aufforderung keinen Bericht. Die IV-Stelle übermittelte alle medizinischen Berichte der SMAB AG und fragte sie, ob sich damit etwas an der Arbeitsfähigkeitsschätzung ändere (IV-act. 203). Die medizinisch verantwortliche Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH, führte in der Stellungnahme der SMAB AG vom 2. Dezember 2009 aus (IV-act. 206), die konsiliarische Beurteilung durch Dr. F.\_\_\_\_ sei nach der Begutachtung erfolgt. Die Hyposensibilität im linken Daumen und das leichtgradige Karpaltunnelsyndrom links änderten nichts an der Schlussfolgerung im Gutachten. Das chronifizierte zervikospindylogene Schmerzsyndrom links sei gutachterlich bewertet worden. Die vertebrospinale Kernspintomographie C0 bis Th4 habe nun im Vergleich zur Voruntersuchung von 2006 eine massive Reduktion der mediolateralen Hernierung C5/6 ausgewiesen. Die Beschwerden an der Achillessehne seien einer Therapie hinreichend zugänglich. Diese Diagnose bedeute deshalb keine wesentliche Änderung in bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Die Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ rechtfertigten keine Abweichung von der gutachterlichen Einschätzung. Dasselbe gelte für die Berichte zum



## St.Galler Gerichte

Schlafapnoesyndrom. Gemäss dem Operationsbericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 19. August 2009 betreffend die Fussbeschwerden habe nach wenigen Wochen zur Vollbelastung übergegangen werden können. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom RAD notierte am 22. Dezember 2009 (IV-act. 207), die SMAB AG komme nachvollziehbar zum Schluss, dass an der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten festzuhalten sei.

A.d Mit Vorbescheiden vom 26. Januar 2010 (IV-act. 213, 215) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seiner Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen und um eine Invalidenrente an. Der Versicherte liess am 29. März 2010 weitere Arztberichte einreichen (IV-act. 220). Gemäss einem Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen an den Hausarzt vom 15. März 2010 (IV-act. 221) hatte der Versicherte von der Operation an der Ferse nicht profitiert. Es bestand nun eine Tendinopathie der Achillessehne. Die Rodiag AG hatte am 5. März 2010 angegeben, ein MRI des linken Fusses vom 5. März 2010 zeige einen Befund, der vereinbar sei mit einer Osteitis und einem begleitenden Weichteilinfekt (IV-act. 222). Dr. B.\_\_\_\_ führte am 19. April 2010 gegenüber dem Rechtsvertreter des Versicherten aus (IV-act. 223-2 f.), die Beurteilung durch Dr. F.\_\_\_\_ ergebe zwar tatsächlich keine Änderung der Arbeitsfähigkeit. Es stelle sich aber die Frage, weshalb die objektivierbaren Befunde beim Untersuch durch den Gutachter nicht festgestellt worden seien. Die bildgebende Verbesserung könne nicht einer Verbesserung der Schmerzproblematik gleichgesetzt werden. Das MRI sei wegen Therapieresistenz durchgeführt worden. Ein psychiatrisches Gespräch mit dem Sachverständigen könne eine seit Jahren bestehende psychotherapeutische Behandlung nicht aufwiegen. Im übrigen würde die Einschätzung durch den psychiatrischen Gutachter bedeuten, dass der Versicherte seit Jahren unter einer falschen Diagnose behandelt würde. Das Schlafapnoesyndrom habe tatsächlich keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Trotz der Achillessehnenoperation habe der Versicherte weiterhin Beschwerden. Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD notierte am 10. Mai 2010 (IV-act. 224), die Achillessehnenproblematik links sei nicht relevant, wenn eine adaptierte Erwerbstätigkeit keine langen Gehstrecken beinhalte. Die Operation habe eine interkurrente Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für zwei Monate bewirkt. Mit Verfügungen vom 10. Mai 2010 wies die IV-Stelle die Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 225) und um eine Invalidenrente (IV-act. 226) ab.

B.



B.a Der Versicherte liess am 9. Juni 2010 Beschwerde erheben (act. G 1) und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab wann rechtens, spätestens ab April 2007, beantragen; eventualiter seien ihm berufliche Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen und nach deren Abschluss sei neu über die Rentenansprüche zu befinden; subeventualiter sei die Sache zwecks Vornahme weiterer Abklärungen und anschliessender Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung dieser Begehren brachte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers insbesondere vor, es sei wenig erstaunlich, dass die SMAB AG nicht von ihrer im Gutachten wiedergegebenen Ansicht abgewichen sei, denn damit hätte sie ja zum Ausdruck bringen müssen, dass diese nicht zutreffend gewesen sei. Dr. B.\_\_\_\_ habe am 19. April 2010 festgehalten, weshalb die Auffassung der SMAB-Gutachter nicht richtig sei. Aus dem Rodiag-Befund könne entgegen der Meinung der SMAB-Gutachter nicht abgeleitet werden, dass sich die Situation verbessert habe oder dass die damalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zutreffend gewesen sei. Die Beschwerden seien einer Therapie nicht zugänglich gewesen, weshalb ein MRI habe durchgeführt werden müssen. Die SMAB-Gutachter hätten nichts vorgebracht, das gegen die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ sprechen würde. Daraus folge, dass weder die angestammte noch eine adaptierte Tätigkeit zumutbar sei. Das Gutachten habe nicht sämtliche Akten berücksichtigt und es sei nicht umfassend gewesen. Falls kein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe, sei der Beschwerdeführer willens, sich aktiv an beruflichen Massnahmen zu beteiligen.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 2. Juli 2010 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie insbesondere an, der Befund am linken Daumen sei nicht invalidisierend. Der Beschwerdeführer habe Dr. F.\_\_\_\_ deswegen nur einmal konsultiert. Gegenüber den Gutachtern der SMAB AG habe er keine Beschwerden am linken Daumen angegeben. Der im MRI-Bericht erhobene HWS-Befund stelle keine Verschlechterung gegenüber demjenigen im Gutachten dar. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Begutachtung keine Fussbeschwerden angegeben und er habe sich rasch und harmonisch bewegt. Im übrigen hätten diese Beschwerden in einer adaptierten Tätigkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die nach der Abklärung erstellten medizinischen Berichte liessen das Gutachten nicht als rechtsfehlerhaft erscheinen. Die kurzfristige vollständige Arbeitsunfähigkeit nach der Achillessehnenoperation lasse keinen Rentenanspruch entstehen. Demnach sei



vollumfänglich auf das Gutachten abzustellen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 56'830.-- und einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 48'391.-- (statistischer Durchschnittslohn Fr. 53'768.-- abzüglich 10%) resultiere ein Invaliditätsgrad von lediglich 15%. Da der Beschwerdeführer nicht zu mindestens 20% invalid sei, habe er keinen Anspruch auf eine Umschulung. Zudem könnte er eine allfällige Arbeitsunfähigkeit als Tankwart bereits durch einen Wechsel in eine adaptierte Hilfsarbeit kompensieren. Der Beschwerdeführer habe auch keinen Anspruch auf Arbeitsvermittlung, da die Schwierigkeiten bei der Stellensuche nicht auf gesundheitliche Einschränkungen zurückzuführen seien.

B.c In seiner Replik vom 8. Juli 2010 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers fest, dass die Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht zu überzeugen vermöchten (act. G 11).

B.d Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers liess einen Bericht von Dr. med. K.\_\_\_, FMH für Radiologie, vom 6. Oktober 2010 einreichen (act. G 14.1). Laut diesem Bericht bestanden eine chronische Tendinose und eine Enthesopathie der Achillessehne links mehr als rechts, die aktuell mit einer Stosswellentherapie behandelt wurden. Ausserdem bestätigte Dr. K.\_\_\_ ein chronisches, therapieresistentes Zervikoradikulärsyndrom C6 links, das trotz Regredienz der Diskushernie C5/6 links im MRI persistiere. Dr. K.\_\_\_ ging aufgrund dieser Beeinträchtigungen auch für eine optimal angepasste Erwerbstätigkeit von einer kaum mehr verwertbaren Arbeitsfähigkeit aus. In der Folge reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verschiedene Arztberichte ein. Gemäss einem Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 20. August 2010 (act. G 15.1) sollte versucht werden, die Situation an der Ferse mit einem Redressionsgips zu beruhigen. Dr. K.\_\_\_ teilte am 18. Oktober 2010 den Abbruch der Stosswellentherapie mit, da kein Erfolg zu verzeichnen sei (act. G 17.1). Am 11. Februar 2011 berichtete die Klinik für Orthopädische Chirurgie (act. G 23.2), im Januar 2011 hätte eine Umgipsung erfolgen sollen, aber der Beschwerdeführer habe keinen Gips mehr tragen wollen. Er habe einer Operation nicht zugestimmt. Dr. med. L.\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, berichtete am 24. November 2011 (act. G 27.1), der Beschwerdeführer leide an einem deutlichen Druckschmerz an der distalen Achillessehne und am gesamten Achillessehnenansatz an der gesamten Ferse bds.



Man empfehle ihm eine intratendinöse Applikation von autologem thrombozytenreichen Blutplasma. Diese Therapie sei in 90% der Fälle erfolgreich (Beschwerdefreiheit).

Erwägungen:

1.

Das ursprünglich abgewiesene Rentenbegehren hatte auf einem lumbospondylogenen Syndrom bei degenerativen Veränderungen beruht (vgl. IV-act. 89-12). Dr. B.\_\_\_\_ hat am 23. Mai 2007 neu ein zervikoradikuläres Syndrom bei grosser Diskushernie C5/6 mit Nervenwurzelkompression angegeben (vgl. IV-act. 121). Damit ist glaubhaft gewesen, dass sich der Invaliditätsgrad in einer anspruchserheblichen Weise geändert habe (Art. 87 Abs. 4 IVV, seit 1. Januar 2012 Art. 87 Abs. 3 IVV). Die Beschwerdegegnerin ist deshalb zu Recht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eingetreten.

2.

Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wer zu mindestens 40% invalid ist (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 16 ATSG ist zur Bemessung des Invaliditätsgrads das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Ausschlaggebendes Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit indirekt des Invaliditätsgrads - ist in aller Regel der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit.

2.1 Dr. B.\_\_\_\_, der Hausarzt des Beschwerdeführers, hat in seinem Bericht vom 19. August 2007 (vgl. IV-act. 130) die damals bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen aufgelistet. Das thorakolumbovertbrale Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen, das in einem früheren Verwaltungsverfahren für sich allein nach der Auffassung des Beschwerdeführers einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad hätte bewirken sollen, ist in dieser Aufzählung zwar noch enthalten gewesen, aber als mögliche Ursache der angegebenen



Arbeitsunfähigkeit ist es offenbar auch aus der Sicht des Hausarztes durch andere Beeinträchtigungen, vor allem durch das zervikoradikuläre Syndrom, abgelöst worden. Dieses neu aufgetretene Syndrom hat gemäss einem bei der Anmeldung zum Leistungsbezug bereits mehr als ein Jahr alten Bericht (vgl. IV-act. 143-2 ff.) heftige Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm mit Taubheitsgefühl, Schmerzen und Kribbelempfindungen ausgelöst. Der Beschwerdeführer hat diese Missempfindungen bis in den linken Daumen verspürt. Der Bandscheibenvorfall C5/6 war so stark, dass er sogar eine Rückenmarkverlagerung zur Folge hatte. Der 2006 untersuchende Neurochirurg war vom entsprechenden Bild so beeindruckt gewesen, dass er das Zervikobrachialsyndrom als nahezu invalidisierend qualifiziert und eine dringliche Operationsindikation gestellt hatte. Tatsächlich ist aber nie eine Operation erfolgt. Dr. B. \_\_\_ hat zwar am 19. August 2007 (vgl. IV-act. 130) immer noch eine Operationsindikation angegeben, er hat die Beschwerden aber nicht mehr so dramatisch geschildert wie ein Jahr zuvor der Neurochirurg. In seinem Bericht findet sich kein Hinweis dafür, dass besondere Therapiebemühungen unternommen worden wären. Der Beschwerdeführer dürfte also mit erträglichen Schmerzen einigermaßen normal weitergelebt haben, denn andernfalls hätte er wohl in eine Operation eingewilligt. Auch nach der Neuanschuldung zum IV-Leistungsbezug hat sich der Beschwerdeführer nicht operieren lassen. Bei der Abklärung durch die Sachverständigen der SMAB AG, also wiederum ein Jahr später, nämlich im Herbst 2008, ist nur noch eine eher diffuse, sensible C5/6/7-Symptomatik am linken Arm beschrieben worden. Die Motorik ist nicht beeinträchtigt gewesen und es hat keine Operationsindikation mehr bestanden. Die Sachverständigen sind davon ausgegangen, dass wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne repetitive Bewegungsanforderungen an die HWS zumutbar seien. Dr. F. \_\_\_ ist nur einmal konsultiert worden (vgl. IV-act. 182), was auch dafür spricht, dass sich die Situation erträglich gestaltet hat. Die Kernspintomographie vom Dezember 2008 (vgl. IV-act. 183-5) hat eine massive Regredienz der Hernierung C5/6 aufgezeigt. Die Sachverständigen der SMAB AG haben das in ihrer Stellungnahme (vgl. IV-act. 206) zur Kritik an ihrem Gutachten als eindeutige Verbesserung gewertet, die belege, dass ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten richtig gewesen sei. Dr. B. \_\_\_ hat darauf beharrt (vgl. IV-act. 223-2 f.), dass sich die Situation im HWS-Bereich zwar bildgebend deutlich verändert habe, dass damit aber keine Besserung der Beschwerden



einhergegangen sei. Dabei dürfte sich Dr. B.\_\_\_\_, wie bereits in den Jahren zuvor, nur auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestützt haben. Die umfassende und unabhängige Untersuchung durch die Sachverständigen der SMAB AG haben ein klares Bild geliefert. An dessen Überzeugungskraft vermögen die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers keine Zweifel zu wecken. Ob angesichts der im Jahr 2006 bildgebend festgestellten, massiven Diskushernie für die damalige Zeit von stärkeren Beschwerden ausgegangen werden muss, als sie sich bei der Begutachtung gezeigt haben, lässt sich den vorhandenen Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entnehmen. Da die medizinische Aktenlage als vollständig erscheint, kann von weiteren Abklärungen kein näherer Aufschluss erwartet werden, so dass zulasten des den Nachteil der Beweislosigkeit tragenden Beschwerdeführers davon ausgegangen werden muss, dass die von den Sachverständigen festgestellte Arbeitsfähigkeit trotz der HWS-Beeinträchtigung auch für die Zeit vor der Begutachtung massgebend ist.

2.2 Dr. B.\_\_\_\_ hat am 19. August 2007 auch ein depressives Zustandsbild angegeben (vgl. IV-act. 130). Die Beschwerdegegnerin hat den behandelnden Psychiater nur einmal dazu bewegen können, ihr über den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu berichten. Am 18. Mai 2008 (vgl. IV-act. 152) hat Dr. E.\_\_\_\_ angegeben, der Beschwerdeführer habe eine unreife Persönlichkeit und er leide an einer fluktuierenden leicht- bis mittelgradigen Depression mit somatischem Syndrom. Die psychische Beeinträchtigung habe für sich allein eine Arbeitsunfähigkeit von 50% zur Folge. Im SMAB-Gutachten ist demgegenüber festgehalten worden (vgl. IV-act. 165), dass gar keine psychiatrische Diagnose habe gestellt werden können. Dagegen ist vom Beschwerdeführer eingewendet worden, das Abklärungsergebnis sei nicht überzeugend, da es auf einer "Momentaufnahme" beruhe. Diese sei ungleich weniger geeignet, eine objektive Diagnosestellung und damit eine objektive Arbeitsfähigkeitsschätzung zu erlauben, als eine jahrelange psychotherapeutische Beziehung. Dieser Argumentation des Beschwerdeführers ist entgegen zu halten, dass erfahrungsgemäss gerade bei Beeinträchtigungen aus dem psychischen Bereich in besonderem Mass gilt, dass Therapeuten aufgrund ihres Behandlungsauftrags und aufgrund der über lange Zeit aufgebauten persönlichen Beziehung zum Patienten dazu neigen, dessen allzu pessimistische Selbsteinschätzung zu übernehmen, zumal die entsprechenden Schilderungen, anders als in vielen anderen medizinischen Fachgebieten, nicht durch



Messungen, bildgebende Verfahren usw. verifiziert werden können. Praxisgemäss ist deshalb bei einer Abwägung der jeweiligen Überzeugungskraft des Berichts eines Therapeuten und des Berichts eines unabhängigen medizinischen Sachverständigen letzterer ein klar höheres Gewicht beizumessen. Das gilt auch im vorliegenden Fall. Daran vermag der Umstand nichts zu ändern, dass Dr. E.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer möglicherweise seit Jahren unter einer falschen Diagnose behandelt hat. Die Übereinstimmung mit der Auffassung von Dr. B.\_\_\_\_ vermag die Überzeugungskraft der Angaben von Dr. E.\_\_\_\_ nicht zu erhöhen, denn Dr. B.\_\_\_\_ fehlt das psychiatrische Fachwissen und, was sehr viel wichtiger sein dürfte, die fachärztliche Erfahrung, um eine überzeugende psychiatrische Diagnose stellen und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit einschätzen zu können. Deshalb ist mit den Sachverständigen der SMAB AG davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einer adaptierten Erwerbstätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist.

2.3 In der Liste der von Dr. B.\_\_\_\_ am 19. August 2007 angegebenen Diagnosen (vgl. IV-act. 130) findet sich auch ein schwergradiges, schlaffragmentierendes, obstruktives Schlafapnoesyndrom, das vor einer erfolgreichen Behandlung ebenfalls die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt haben soll. Die Ärzte des Schlaflabors des Kantonsspitals haben am 4. Dezember 2007 bestätigt, dass das Schlafapnoesyndrom nach der Behandlung (Korrektur der Septumdeviation, UPPP, CPAP-Behandlung) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr zur Folge haben werde (vgl. IV-act. 138). Zur Situation vor dieser Behandlung haben sie sich nicht geäussert. Die internistische Sachverständige der SMAB AG hat festgehalten (vgl. IV-act. 165-25 ff.), dass eine inzwischen durchgeführte Operation des Nasenseptums gemäss den Angaben des Beschwerdeführers keine Verbesserung gebracht habe. Tagsüber bestehe eine verstärkte Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, weshalb nicht nachvollziehbar sei, dass die Therapie noch nicht weiter vorangetrieben worden sei. Schwere körperliche Tätigkeiten, Akkord-, Schicht- und Nachtarbeit unter Zeitdruck, Arbeiten mit Fremd- oder Eigengefährdung und Arbeiten mit Absturzgefahr seien nicht mehr zumutbar. Trotz der noch nicht ausgeschöpften Therapiemöglichkeiten bestehe aber für eine adaptierte leichte bis mittelschwere Arbeit keine durch das Schlafapnoesyndrom ausgelöste Arbeitsunfähigkeit. Dr. B.\_\_\_\_ hat am 11. März 2009 an allen Ergebnissen der Begutachtung mit Ausnahme der Einschätzung durch die internistische Gutachterin



Kritik geübt (vgl. IV-act. 180-5 f.). In der Stellungnahme der SMAB AG vom 2. Dezember 2009 (vgl. IV-act. 206) ist darauf hingewiesen worden, dass die unvollständige Behandlung des Schlafapnoesyndroms nicht geeignet sei, die Ausführungen im Gutachten als unzutreffend erscheinen zu lassen. Selbst Dr. B.\_\_\_\_ hat das Schlafapnoesyndrom schliesslich als irrelevant für die Arbeitsfähigkeit bezeichnet (vgl. IV-act. 223-2). Der Beschwerdeführer ist somit durch das Schlafapnoesyndrom in seiner Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Erwerbstätigkeit nicht beeinträchtigt. Das gilt auch für die Zeit vor der Operation des Nasenseptums, denn damit allein hat sich der Zustand des Schlafapnoesyndroms nicht wesentlich verändert.

2.4 In seinem Bericht vom 19. August 2007 (vgl. IV-act. 130) hat Dr. B.\_\_\_\_ keine weiteren arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen angeführt. Das gilt auch für das Gutachten der SMAB AG (vgl. IV-act. 165-12) und für die Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ dazu vom 11. März 2009 (vgl. IV-act. 180-5 ff.). Erst im Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2009 (vgl. IV-act. 183-2 und 6) ist erstmals ein Hinweis auf Schmerzen in den Fersen aufgetaucht. Dr. B.\_\_\_\_ hat am 19. Juni 2009 (vgl. IV-act. 185-7) erstmals von einer bereits 2008 erfolgten starken Zunahme vorbestehender Achillessehnenbeschmerzen berichtet. Er hat nicht erklärt, weshalb diese Schmerzen bis zu diesem Zeitpunkt nicht erwähnt worden sind. Der am 17. August 2009 erfolgte Eingriff (vgl. IV-act. 196-1) ist zwar von den Operateuren als erfolgreich betrachtet worden, denn sie sind davon ausgegangen, dass bereits nach wenigen Wochen die Beschwerdefreiheit erreicht sein würde. In der Stellungnahme der SMAB AG vom 2. Dezember 2009 (vgl. IV-act. 206-2) ist in bezug auf die Fersen eine kurzfristig therapierbare Beeinträchtigung angenommen worden. Diese Erwartung hat sich nicht erfüllt, wie die vom Beschwerdeführer bis weit in das Jahr 2011 hinein eingereichten Arztberichte zeigen. Keiner dieser Berichte hat sich mehr mit einer jener Gesundheitsbeeinträchtigungen befasst, die bis 2009 als arbeitsfähigkeitsrelevant qualifiziert worden sind. Es entsteht der Eindruck, dass der Beschwerdeführer nur noch durch die Fersenbeschwerden in einem erheblichen Ausmass behindert gewesen sei. Allerdings scheint den behandelnden Ärzten nicht klar gewesen zu sein, weshalb kein weitergehender Therapieerfolg eintreten wollte. Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD hat nun aber schon am 10. Mai 2010 darauf hingewiesen (vgl. IV-act. 224-2), dass sich diese Gesundheitsbeeinträchtigung in einer entsprechend adaptierten Erwerbstätigkeit nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könne.



2.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer trotz der langen Liste von Diagnosen in einer adaptierten Erwerbstätigkeit nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Da keine relevante Sachverhaltsveränderung eingetreten ist, erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Es steht fest, dass der Beschwerdeführer nach wie vor keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Beschwerdegegnerin hat das entsprechende Begehren zu Recht abgewiesen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat auch ein Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen. Relevant sind dabei nur die Umschulung (Art. 17 Abs. 1 IVG) und die Arbeitsvermittlung (Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG).

3.1 Da der Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter zu qualifizieren ist, wäre eine allfällige Umschulung in der Form einer sogenannt höherwertigen Ausbildung zu gewähren, da der Beschwerdeführer eine umschulungsspezifische Invalidität nur dadurch überwinden könnte, dass er durch eine eigentliche Berufsausbildung in die Lage versetzt würde, bei gleichbleibendem Arbeitsfähigkeits- bzw. Beschäftigungsgrad ein höheres Einkommen zu erzielen. Invalid im Sinn des Art. 17 Abs. 1 IVG ist, wer durch eine Gesundheitsbeeinträchtigung bedingt eine Erwerbseinbusse von etwa 20% erleidet (vgl. Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, bearbeitet durch Ulrich Meyer, 2. A., S. 191). Die Erwerbseinbusse des Beschwerdeführers beträgt nach wie vor weniger als 20%, so dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auch einen Anspruch auf eine Umschulung verneint hat.

3.2 Einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung haben arbeitsunfähige Versicherte, die eingliederungsfähig sind (Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG). "Ist die Arbeitsfähigkeit einzig insoweit eingeschränkt, als dem Versicherten leichte Tätigkeiten voll zumutbar sind, bedarf es zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung zusätzlich einer spezifischen Einschränkung gesundheitlicher Art" (Ulrich Meyer, a.a.O., S. 205). Eine solche Einschränkung fehlt, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auch das Begehren um eine Arbeitsvermittlung abgewiesen hat.

4.



Da der Beschwerdeführer vollumfänglich unterliegt, hat er keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG). Hingegen hat er einen Anspruch auf die Übernahme seiner Vertretungskosten durch den Staat, denn ihm ist die unentgeltliche Rechtsverbeiständung bewilligt worden (vgl. act. G 9). Ausgehend von der in vergleichbaren Verfahren üblichen Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) ist die um 20% reduzierte Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistands (Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes, sGS 963.70) auf Fr. 2800.-- festzusetzen. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist grundsätzlich kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr bemisst sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG) und wäre auf Fr. 600.-- festzusetzen. Nun ist der Beschwerdeführer aber von der Bezahlung einer Gerichtsgebühr befreit worden. Er ist allerdings darauf hinzuweisen, dass er zur Rückzahlung der Entschädigung an den Rechtsbeistand und zur Nachzahlung der Gerichtsgebühr verpflichtet werden kann, wenn es seine wirtschaftlichen Verhältnisse in der Zukunft einmal erlauben sollten (Art. 99 Abs. 2 VRP/SG i.V.m. Art. 123 Abs. 1 ZPO).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
2. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2800.-.
3. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- befreit.