



Fall-Nr.: IV 2011/242
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.06.2013
Entscheiddatum: 25.06.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 25.06.2013

Art. 28 IVG, Art. 29 IVG, Art. 16 ATSG. Invaliditätsprüfung nach Neu anmeldung. Polydisziplinäres MEDAS-Gutachten ist auch bezüglich psychiatrisch attestierter Arbeitsunfähigkeit beweistauglich. Berechnung des Invaliditätsgrades führt unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 10 % zu einer halben Rente. Wartejahr. Rentenbeginn (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 25. Juni 2013, IV 2011/242). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_527/2013.

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Sibylle Betschart

Entscheid vom 25. Juni 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Pascale Hartmann, c/o procap,
Froburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente (Beginn)

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich im Juni 1999 erstmals bei der IV-Stelle des Kantons Zürich an und beantragte eine Umschulung auf eine neue Tätigkeit sowie eine Rente. Er gab an, unter Hämophilie, Meniskus-, Rücken- und Muskelbeschwerden zu leiden (IV-act. 8-1 ff.). Die IV-Stelle holte verschiedene Arztberichte ein und veranlasste in der Folge eine Begutachtung in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik B.____. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____ vom 17. April 2000 (IV-act. 29-1 ff.) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. August 2000 einen Leistungsanspruch (IV-act. 32-1 f.). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.b Am 9. September 2008 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Schulterschmerzen links mit Bewegungs-/Belastungseinschränkungen, Kopf- und Rückenschmerzen, Knieprobleme sowie Schlafstörungen wiederum zum Leistungsbezug an, aufgrund zwischenzeitlicher Wohnsitzverlegung diesmal jedoch bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (IV-act. 1-1 ff.).

A.c In einem internen Protokoll vom 6. Oktober 2008 führte Dr. med. E.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin FMH, vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) nach einem gleichentags stattgefundenen Gespräch mit dem Hausarzt Dr. med. F.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, aus, ein Sturz von der Leiter aus 2 m Höhe am 4. April 2008 mit Kontusion der linken Schulter sowie einer konservativen Therapie und eine Hämophilie A würden die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinträchtigen. Der Versicherte sei für leidensadaptierte Tätigkeiten (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten,



St.Galler Gerichte

keine kraftvoll ausholende Bewegungen, keine repetitive Überkopftätigkeit mit dem linken Arm) vollschichtig eingliederungsfähig (IV-act. 50-1 f.).

A.d Am 14. Oktober 2008 erstatteten die Ärzte der Rehaklinik G.____ einen Austrittsbericht über den stationären Aufenthalt des Versicherten vom 6. August bis 24. September 2008. Sie diagnostizierten eine Kontusion der linken Schulter und des Rückens anlässlich des Unfalls vom 4. April 2008 mit einer schmerzhaften Funktionsstörung des linken Arms, einem zervikovertebralen Schmerzsyndrom sowie einer mittelgradigen depressiven Episode, im Verlauf unter antidepressiver Medikation gebessert (ICD-10: F32.1), eine Hämophilie sowie einen Nikotinabusus und attestierten aus rein somatischer Sicht eine ganztägige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeit ohne wiederholte Überkopfarbeiten mit dem linken Arm und ausholende kraftvolle Armbewegungen. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der psychischen Problematik attestierten die Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bei Austritt (IV-act. 51-1 ff.).

A.e Am 31. Oktober 2008 erstattete die H.____ einen Arbeitgeberbericht inkl. Lohnabrechnungen für das Jahr 2007 und für Januar bis April 2008 (IV-act. 54-1 ff.). Im Arbeitgeberbericht wird ausgeführt, dass der Versicherte seit dem 1. Januar 2007 als Maler im Unternehmen tätig sei.

A.f Dr. med. I.____, Oberarzt und Leiter des Ambulatoriums des Psychiatrie-Zentrums J.____, erstattete einen Arztbericht, welcher am 16. März 2009 bei der IV-Stelle einging. Dr. I.____ diagnostizierte Anpassungsstörungen und eine längere depressive Reaktion mittlerer Ausprägung (ICD-10: F43.23) und attestierte eine 30 %ige Leistungseinschränkung für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gipser und Maurer für die Zeit der ambulanten Behandlung vom 9. Oktober 2008 bis 2. Februar 2009 (IV-act. 71-1 ff.).

A.g Mit Mitteilung der IV-Stelle vom 10. September 2009 wurde der Anspruch des Versicherten auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint (IV-act. 78-1 f.).

A.h Mit Vorbescheid vom 10. September 2009 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 80-1 f.). Der Invaliditätsgrad betrage 36 % (Valideneinkommen: Fr. 66'854.--, Invalideneinkommen: Fr. 43'028.--).



St.Galler Gerichte

A.i Der Versicherte liess am 28. September 2009 Einwand gegen den Vorbescheid erheben (IV-act. 81-1 f.). Er beantragte eine Neubeurteilung, da die Schulter-Beschwerden beidseits eher noch schlimmer geworden seien und der psychische Zustand sich erheblich verschlechtert habe (Depression). Dem Einwand wurde ein Arztbericht von Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie, vom 10. September 2009 beigelegt (IV-act. 82-1 ff.).

A.j Auf Anfrage der IV-Stelle erstattete Dr. K.____ am 10. März 2010 einen Bericht. Er nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden Depression mit somatischen Symptomen F33.11, bestehend seit Sommer 2008, einen Status nach einem Sturz von der Leiter im April 2008, Schulterkontusion sowie eine pathologische Schmerzverarbeitung und attestierte eine seit April 2008 bestehende 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gipser. Er gehe auch von einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung aus; die Abgrenzung gegenüber der persönlichen depressiven Störung sei schwierig (IV-act. 89-1 ff.).

A.k Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz am 9. November 2010 ein polydisziplinäres (neurologisches, psychiatrisches und internistisches) Gutachten mit Untersuchungsdaten vom 16., 18., und 25. August 2010. Die Gutachter diagnostizierten mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine chronische Periarthropathia humeroscapularis links, eine chronische Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts, ein chronisches Zerviko- und Lumbovertebralsyndrom, chronische Gonalgien linksbetont, chronische Calcaneodynien, chronische Spannungskopfschmerzen, eine Hochton-Innenohrschwerhörigkeit beidseits, einen episodischen lageabhängigen Schwankschwindel, eine Epicondylopathia humeri radialis beidseits sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, einhergehend mit einer mittelschweren depressiven Störung mit somatischem Syndrom bei körperbezogenen Ängsten. Die Gutachter führten aus, in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten mit diversen Einschränkungen werde gesamthaft und unter Berücksichtigung aller gesundheitsbeeinträchtigenden Aspekte eine auf der psychiatrischen Diagnose beruhende Arbeitsunfähigkeit von 50 % (ganztags, halbe Leistung) attestiert. Aus



St.Galler Gerichte

somatischer Sicht seien einzig qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar (IV-act. 99-1 ff.).

A.l Die RAD-Ärztin Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 25. Februar 2011 in einer internen Stellungnahme fest, dass das Gutachten plausibel sei. Seit Juli 2009 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit leidensadaptiert von 50 % (ganztags, halbe Leistung; aus psychiatrischen Gründen).

A.m Mit Vorbescheid vom 10. März 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten eine halbe Rente der Invalidenversicherung ab 1. Juli 2010 in Aussicht (IV-act. 110-1 ff.). Der Invaliditätsgrad betrage 54 % (Valideneinkommen: Fr. 65'772.--, Invalideneinkommen: Fr. 29'990.--).

A.n Der Versicherte liess am 21. April 2011 Einwand gegen den Vorbescheid erheben. Die halbe IV- Rente sei ihm bereits ab 1. April 2009 auszurichten (IV-act. 119-1 f.).

A.o Am 12. Juli 2011 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid (IV-act. 125-1, 121-1 ff.).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die am 18. August 2011 erhobene Beschwerde. Darin wird beantragt, es seien die Verfügung vom 12. Juli 2011 aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab April 2009 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Zudem sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, dass aktenmässig eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Diagnose seit dem Unfalldatum (4. April 2008) erstellt sei. Ebenfalls gehe der psychiatrische Gutachter von einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall, bzw. ab Februar 2009 von einer 50 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus. Aufgrund der Akten dürfte sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Februar 2009 kontinuierlich verschlechtert haben und seit Juli 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehen. Der Beginn der Verschlechterung werde in der Zusammenfassung des Gutachtens plötzlich auf Juli 2009 nach hinten verlegt statt wie vom Psychiater in



seinem Gutachten auf Februar 2009 festgesetzt. Diese Abweichung werde im MEDAS-Gutachten nicht erklärt. Aus den Akten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer therapeutisch schwer zugänglich sei. Es sei daher nachvollziehbar, dass er nicht unmittelbar nach Beendigung der Therapie im Psychiatrie-Zentrum J.____ sofort wieder einen Psychiater aufgesucht habe. Daraus dürfe aber nicht abgeleitet werden, dass es dem Beschwerdeführer während der folgenden Monate psychisch besser oder gleich "gut" gegangen sei. So sei auch dem ausführlichen Arztbericht von Dr. K.____ vom 10. Februar 2010 zu entnehmen, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem Unfall bestehe (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 27. September 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Es sei zudem festzustellen, dass der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch habe. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, der begutachtende Psychiater Dr. M.____ habe sich zum Vorliegen der rechtspprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für die Annahme einer invalidisierenden Wirkung der somatoformen Schmerzstörung nicht explizit geäussert. Zusätzlich zur somatoformen Schmerzstörung habe der begutachtende Psychiater zunächst eine "mittelschwere depressive Störung mit somatischem Syndrom" diagnostiziert. Der verwendete Diagnose-Code "ICD-10 F32.11" bezeichne eine "mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom". Dabei handle es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauerten und länger dauernde Störungen unter F33 oder F34 zu subsumieren seien. Mittelgradige depressive Episoden könnten praxisgemäss regelmässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet werden, welche es der betroffenen Person verunmögliche, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Unter diesen Umständen gelte die diagnostizierte mittelgradige depressive Störung bzw. Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) als Begleiterscheinung der Schmerzstörung und nicht als selbständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität, die sich aufgrund ihres Schweregrades unbestreitbar von der Schmerzstörung unterscheiden liesse. Auch die diagnostizierte Klaustrophobie sowie die Diagnose "rigide, schwernehmende und nachtragende akzentuierte Züge" stellten keine erhebliche Komorbidität dar. Die invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung müsste sich



daher aus den weiteren diesbezüglichen relevanten Kriterien ergeben. Diese Kriterien seien jedoch – entgegen der Ansicht des RAD in der Stellungnahme vom 25. Februar 2011 – nicht hinreichend gehäuft und ausgeprägt erfüllt, um insgesamt den rechtlichen Schluss auf eine (teil-)invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass dem MEDAS-Gutachten in Bezug auf die medizinischen Tatsachenfeststellungen voller Beweiswert beizumessen sei, jedoch kein Raum für die Annahme einer mit dem psychischen Leiden begründeten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. In Bezug auf die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit resultiere nach dem Gesagten eine volle Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten. Nach Lage der Akten sei beim Beschwerdeführer auch in der Zeit vor der MEDAS-Begutachtung kein psychiatrisches Leiden mit invalidisierender Wirkung vorgelegen und es habe dadurch zu keinem Zeitpunkt eine mit psychischem Leiden begründete Arbeitsunfähigkeit von längerer Dauer bestanden (act. G 5).

B.c Am 16. Januar 2012 liess der Beschwerdeführer Replik erstatten. Auch der RAD halte in seiner Stellungnahme vom 25. Februar 2011 fest, dass das Gutachten plausibel sei. Das Versäumnis der nicht geprüften Foerster-Kriterien habe der RAD in seiner Stellungnahme nachgeholt, indem er eine Prüfung aufgrund der Akten vorgenommen habe. Der RAD komme in seiner Beurteilung weiter zum Schluss, dass gemäss Rechtsprechung bei teilweiser Erfüllung der Foerster-Kriterien neu eine teilweise Überwindung der Schmerzen als zumutbar gelte. Als Schlussfolgerung halte er fest, dass die sich daraus ergebende Minderung der Arbeitsfähigkeit allerdings bereits in der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Störung enthalten sei. Ob im vorliegenden Fall eine depressive Störung oder aber lediglich eine depressive Episode vorliege, sei definitiv eine medizinische Frage, welche ein Mediziner zu beurteilen habe. Dr. K.____ halte in seinem Schreiben vom 13. Dezember 2011 (act. G 12.1) fest, dass der Beschwerdeführer ohne Zweifel an einer depressiven Störung leide (ICD Code F 33). Es brauche gemäss Dr. K.____ für eine Diagnose nach ICD-10 F33 mehrere unter ICD-10 F32 codierte depressive Episoden, was im Fall des Beschwerdeführers gegeben sei. Im Weiteren halte Dr. K.____ fest, dass es sich um eine eigenständige, vom somatoformen Schmerzgeschehen unabhängige psychiatrische Störung handle, da die ersten depressiven Episoden des Beschwerdeführers keinerlei Bezug zu seiner Schmerzverarbeitungsstörung gehabt hätten bzw. auch vorher aufgetreten seien. Im Übrigen gehe auch der RAD in seiner Stellungnahme vom



25. Februar 2011 von einer eigenständigen depressiven Erkrankung aus; eine Minderung der Arbeitsfähigkeit werde durch die Diagnose der depressiven Störung bestätigt. Es könne aber sein, dass depressive Stimmungslagen sich aufgrund ihres Schweregrades von einer somatoformen Schmerzstörung unterscheiden liessen. Im vorliegenden Fall sei festzuhalten, dass der begutachtende Psychiater lege artis vorgegangen sei, und es in der Natur der Sache liege, dass ihm ein gewisser medizinischer Spielraum zugestanden werden müsse (act. G 12).

B.d Am 26. Januar 2012 erstattete die Beschwerdegegnerin eine Duplik. Selbst wenn man von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) ausginge, so wäre dieses Leiden zwar rechtsprechungsgemäss nicht ohne Weiteres als blosse Begleiterscheinung der Schmerzstörung und damit als nichtvalidisierender Faktor einzustufen. Jedoch wäre auch mit dieser Diagnose keine erhebliche Komorbidität dargetan, zumal beim Beschwerdeführer das Beschwerdebild in nicht unerheblichem Masse von invaliditätsfremden psychosozialen Faktoren mitbestimmt und aufrechterhalten werde (act. G 14).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2012 sind die im Zug des ersten Teils der 6. Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 12. Juli 2011 (IV-act. 125-1 ff.) und somit vor Inkrafttreten der 6. IV-Revision erlassen. Die übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen im vorliegenden Fall keine



materiell-rechtlichen Folgen, weshalb nachfolgend die zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses anwendbaren Bestimmungen wiedergegeben werden.

2.

2.1 Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist.

2.2 Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

3.



3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf die Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz. Diese hat nach der Untersuchung des Beschwerdeführers im August 2010 am 9. November 2010 als Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Periarthropathia humeroscapularis links mit subacromialem Impingement, eine chronische Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts, ein chronisches Zerviko- und Lumbovertebralsyndrom ohne radikuläre Störungen, chronische Gonalgien linksbetont ohne adäquates klinisches Korrelat, chronische Calcaneodynien DD myotendinotisch, episodische (seit 1979) und seit April 2008 (Leitersturz) chronische Spannungskopfschmerzen, eine Hochtton-Innenohrschwerhörigkeit beidseits, einen episodischen lageabhängigen Schwankschwindel unklarer Ätiologie, eine Epicondylopathia humeri radialis beidseits sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, einhergehend mit einer mittelschweren depressiven Störung mit somatischem Syndrom bei körperbezogenen Ängsten, genannt. Aus somatischer Sicht lasse sich einzig eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren. Weder die multiplen rheumatologischen noch neurologischen Symptome subjektiv invalidisierenden Ausmasses liessen sich klinisch, radiologisch, laborchemisch oder elektroneurophysiologisch genügend erklären, um eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen (IV-act. 99-28). In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Arbeiten mit den oberen Extremitäten über Kopfhöhe, ohne Wurfbewegungen oder kraftanfordernde manuelle Arbeiten attestieren die Gutachter gesamthaft und unter Berücksichtigung aller gesundheitsbeeinträchtigenden Aspekte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (ganztags, halbe Leistung). Die quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % beruhe ausschliesslich auf der psychiatrischen Diagnose (IV-act. 99-27).

3.2 In psychiatrischer Hinsicht erfolgte die Begutachtung durch Dr. med. S. M.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-act. 99-44 ff.). Dieser diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einhergehend mit einer mittelschweren depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), bei körperbezogenen Ängsten (ICD-10:41.8). In der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers bestünden ausserdem (wie vom behandelnden Psychiater beschrieben) rigide, schwernehmende und nachtragende akzentuierte Züge (ICD-10: Z73.1), was den therapeutischen Zugang erschweren dürfte. Auch eine Klaustrophobie



(ICD-10: F40.2) habe anamnestisch erhoben werden können. Der Gutachter führte aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe die Abweichung der Beurteilung der Gutachter im Vergleich zu den vorliegenden medizinischen Berichten einzig darin, dass der behandelnde Psychiater, unter Berücksichtigung der körperlichen Leiden, die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bei 100 % schätze. Unter Ausblendung der körperlichen Leiden bzw. alleine aus psychiatrischer Sicht und ebenfalls unter Ausblendung von nichtinvalidisierenden Faktoren lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für körperlich adaptierte Tätigkeiten bestätigen (IV-act. 99-48, 99-50).

3.3 Die medizinische Fachperson muss dem Umstand Rechnung tragen, dass der versicherten Person als Folge der IV-spezifischen Schadenminderungspflicht zugemutet werden muss, trotz der objektiv vorhandenen oder zumindest subjektiv empfundenen Schmerzen und Beeinträchtigungen soweit als objektiv möglich und zumutbar einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, d.h. die Krankheitsüberzeugung zu überwinden. Dieser Pflicht der versicherten Person muss die medizinische Fachperson bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung Rechnung tragen.

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin bestreitet erstmals in der Beschwerdeantwort eine selbständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität und erachtet die übrigen Foerster-Kriterien als nicht erfüllt. Im psychiatrischen Consiliargutachten wird die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einhergehend mit einer mittelschweren depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), bei körperbezogenen Ängsten (ICD-10: F41.8), genannt (IV-act. 99-48). Obwohl die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme" den ICD-Code 10: F32 als depressive 'Episode' qualifiziert, spricht der Text zur Diagnose sowohl im Consiliar- als auch Gesamtgutachten explizit von einer (mittelschweren) depressiven 'Störung' (IV-act. 99-48, 99-23). Mithin ist von einer eigentlichen depressiven 'Störung' im Sinn von ICD-10 F33.1 auszugehen, zumal dies von Dr. K. ___ bestätigt wird: In seinem Bericht vom 23. Dezember 2011 führte er aus, gemäss ICD-10 werde die Diagnose F33 (= rezidivierende depressive 'Störung') verwendet, wenn mehrere unter F32 kodierte depressive Episoden aufgetreten seien. Dies sei beim Beschwerdeführer der Fall (act. G 12.1). Sodann ist zu prüfen, ob mit der gutachterlich diagnostizierten mittelschweren depressiven Störung ein verselbständigter Gesundheitsschaden



vorliegt. Dies vermutet Dr. K.____, indem er im erwähnten Bericht zur Frage des Vorliegens einer eigenständigen Störung ausführte, es könne sich beim Beschwerdeführer durchaus um eine ursprünglich depressive Krankheit handeln; er sei schon früher durch melancholische Züge aufgefallen. Als 16-Jähriger habe der Beschwerdeführer einen schweren Motorradunfall mit Schädel-Hirn-Trauma erlitten, also auch ein "schweres", vom Schicksal geprüftes Leben gehabt. Frühere depressive Episoden seien sicher nicht im Zusammenhang mit Schmerzproblemen aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei bereits seit 2002 (also Jahre vor dem Sturz von der Leiter) bei Dr. N.____ (offenbar Arzt im Ambulatorium in der Klinik O.____, vgl. IV-act. 82-2) in psychiatrischer Behandlung gewesen. Die erste depressive Episode sei nach dem ersten Konkurs (1991, nicht wie von Dr. K.____ erwähnt um die Jahrtausendwende, vgl. IV-act. 82-2, 73-34) in Zusammenhang mit Beziehungsproblemen aufgetreten; man habe es eindeutig mit einer depressiven Störung zu tun (act. G 12.1). Dem psychosomatischen Consilium der Rehaklinik G.____ vom 18. September 2008 ist zu entnehmen, dass die affektive Problematik, welche laut Angaben des Beschwerdeführers seit der Trennung von seiner Ehefrau im Jahr 2002 bestehe, sich nach dem Unfall am 4. April 2008 bei anhaltender Schmerzproblematik und fehlender Tagesstrukturierung verstärkt habe. Es seien zu Beginn des Klinikaufenthaltes depressive Symptome im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Episode aufgetreten (IV-act. 73-35). Gegenüber der Suva gab der Beschwerdeführer am 17. November 2008 an, er sei aufgrund psychischer Beschwerden im Jahr 2002 während etwa sechs Monaten in der Klinik O.____ und anschliessend in ambulanter Behandlung gewesen. Dies habe einiges gebracht, er habe aber immer wieder Probleme gehabt. Die Suva kam zum Schluss, die psychischen Probleme würden nicht im Zusammenhang mit dem Unfall (von 2008) stehen, es bestehe ein Vorzustand (vgl. Bericht der Suva P.____, Aussendienst, vom 17. November 2008, IV-act. 60-2 ff.). Dr. I.____ hielt am 6. August 2009 fest, im Zusammenhang mit innerfamiliärem Zerwürfnis und Scheidung sei es zu einer erstmaligen psychischen Krise gekommen, in deren Verlauf der Beschwerdeführer ambulant psychiatrisch behandelt worden sei (IV-act. 71-2). Vor diesem Hintergrund ist in der depressiven Problematik ein eigenständiges Krankheitsgeschehen zu erblicken und eine Komorbidität mithin zu bejahen.

3.3.2 Es besteht im Weiteren ein chronischer Schmerzzustand, der wenigstens teilweise eine somatische Ursache hat (IV-act. 99-22). Dabei handelt es sich um einen



Umstand, der grundsätzlich geeignet ist, entweder die zumutbare Willensenergie zu vermindern oder den zu überwindenden Widerstand zu erhöhen. Zudem ist zu beachten, dass auch die Schwere der somatoformen Schmerzstörung geeignet sein kann, die vollständige Überwindung der Krankheitsüberzeugung als unzumutbar erscheinen zu lassen. Zu prüfen ist sodann, ob ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) vorliegt. Gemäss psychiatrischem Consiliargutachten der MEDAS leidet der Beschwerdeführer unter anderem an körperbezogenen Ängsten. Nach der Trennung seiner Frau 2002 habe er bereits eine depressive Episode durchgemacht, sei damals fachgerecht behandelt worden und habe sich davon erholen können. Nun im Zusammenhang mit den empfundenen Schmerzen bzw. deren Exazerbation nach dem Unfall im April 2008 seien depressive Symptome erneut in den Vordergrund gerückt, dies schon während des Aufenthaltes in der Rehaklinik G.____ vom 6. August bis 24. September 2008. Die subjektiv empfundenen Schmerzen bzw. die Somatisierung von intrapsychischen Konflikten und psychosozialen Belastungen liessen sich ätiologisch kaum von den einzelnen Symptomen, welche dem somatischen Syndrom innerhalb der depressiven Störungen angehörten, trennen, sie verstärkten sich eher gegenseitig und könnten den Zugang einer effektiven Behandlung erschweren (IV-act. 99-49). Dr. K.____ führte in seinem Bericht vom 10. Februar 2010 zur Frage nach der Prognose aus, der Beschwerdeführer habe resigniert und sehe depressiv und pessimistisch in die Zukunft. Ohne eine gelingende antidepressive Behandlung seien die Aussichten auf einen Wiedereinstieg ins "Leben" schlecht. Auch ein optimierter Umgang mit seinen Schmerzen hänge wesentlich davon ab (IV-act. 89-2). Ein sogenannter primärer Krankheitsgewinn ist daher zumindest nicht auszuschliessen. Hinsichtlich der Frage, ob eine konsequent durchgeführte ambulante oder stationäre Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person gescheitert sei, erwog der psychiatrische Teilgutachter, der Beschwerdeführer werde aus psychiatrischer Sicht bereits fachgerecht behandelt, eine Besserung des psychopathologischen Zustandes sei bereits eingetreten und es bestehe aktuell – unter Behandlung – eine depressive Störung mittlerer Ausprägung. Weitere therapeutische Massnahmen, die eine Verbesserung seiner Arbeitsfähigkeit innerhalb eines Jahres bewirken würden, könnten aus psychiatrischer Sicht nicht empfohlen werden (IV-act.



99-50 f.). Unter diesen Umständen muss ein gewisses Scheitern der konsequent durchgeführten Behandlung angenommen werden (vgl. auch diesbezügliche Ausführungen des RAD vom 25. Februar 2011, IV-act. 105-2). Da sich der Beschwerdeführer im Übrigen ab dem 10. Juli 2009 (IV-act. 89-1) freiwillig in wöchentlich bis 14-tägliche Einzelpsychotherapie zu Dr. K.____ begab (IV-act. 89-2, 99-48), ist von grundsätzlicher Kooperationsbereitschaft auszugehen. In den Akten finden sich sodann, wie oben ausgeführt, Hinweise dazu, dass der Beschwerdeführer ab ca. 2002 jahrelang bei Dr. med. N.____ im Ambulatorium in der Klinik in Oetwil in psychiatrischer Behandlung war (act. G 12.1 Ziff. 1, IV-act. 60-2, 82-2). Gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik G.____ vom 14. Oktober 2008 bestand zusätzlich zu den somatischen Einschränkungen eine leichte bis mittelschwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert (IV-act. 51-2). Dr. K.____ nannte in seinem Bericht vom 15. November 2009 die Diagnose mittel- bis schwergradige Depression mit somatischen Symptomen (IV-act. 89-5). Mithin ist ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung gegeben (vgl. auch IV-act. 105-2). Was das Kriterium des sozialen Rückzugs angeht, so führt der psychiatrische Teilgutachter aus, der Beschwerdeführer wohne seit der Scheidung 2005 alleine in einer 2-Zimmer-Wohnung. Er besuche die älteste Tochter und die Enkelkinder, doch jeweils nach 2-3 Stunden werde er wieder nervös und gehe lieber nach Hause. Freunde habe er nur noch wenige, er sei die meiste Zeit alleine zu Hause (IV-act. 99-45). Im Bericht vom 10. September 2009 führte Dr. K.____ diesbezüglich aus, dass sich der Beschwerdeführer seit der Trennung von seiner Frau kontinuierlich von allen und allem zurückgezogen habe. Nur wenige gute Kollegen und seine älteste Tochter seien ihm geblieben. Durch seinen depressiven Rückzug sei er nur schwer therapeutisch erreichbar (IV-act. 82-2 f.). Ein gewisser sozialer Rückzug muss daher ebenfalls angenommen werden, wenngleich dieses Kriterium nicht in ausgeprägter Weise erfüllt ist. Aus dem Gesagten folgt, dass mehrere der einschlägigen Kriterien erfüllt sind. Auch die Psychiaterin des RAD, Dr. L.____, geht von einer teilweisen Erfüllung der Foerstersonen Kriterien aus (IV-act. 105-2). Im konkreten Fall erscheint es mithin mit Blick auf die höchstrichterliche Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2013, 8C_651/2012, E. 5.2) plausibel, mit Rücksicht auf die genannten Umstände von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der erfahrene psychiatrische Gutachter der MEDAS ist sich im Jahr 2010



der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu dieser Frage durchaus bewusst gewesen. Wenn er trotzdem eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angegeben hat, dann ist er nach einer sorgfältigen Abwägung davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer auch bei Aufwendung aller zumutbaren Willensenergie nicht in der Lage wäre, zu mehr als 50 % einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Diese Einschätzung überzeugt. Bei der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist deshalb eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zugrunde zu legen.

3.4 Es ist zusammenfassend davon auszugehen, dass eine 50 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. Auch die Frage nach den zumutbaren Tätigkeiten wurde im MEDAS-Gutachten vom 9. November 2010 hinreichend beantwortet, wird doch ausgeführt, dass der Beschwerdeführer körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Arbeiten mit den oberen Extremitäten über Kopfhöhe, ohne Wurfbewegungen oder kraftanfordernde manuelle Arbeiten ganztags mit halber Leistung auszuführen vermöge (IV-act. 99-27).

4.

4.1 Auf der Basis des gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeitsgrades für eine leidensadaptierte Tätigkeit ist im Folgenden der Invaliditätsgrad zu bemessen. Rechtsprechungsgemäss ist bei der Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S. K. vom 23. März 2009, 8C_515/2008). Es rechtfertigt sich daher, von den Einkommensverhältnissen im letzten Jahr vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch den Unfall im April 2008, nämlich 2007, auszugehen. Der Beschwerdeführer erzielte im Jahr 2007 ein Einkommen von Fr. 65'543.-- ("Lohnabrechnung für den Monat Jan-Dez. 2007" vom 1. Januar 2008, IV-act. 54-8; IK-Auszug, IV-act. 45-2), das als Valideneinkommen bezeichnet werden kann. Dieser Validenlohn ist zu Recht unbestritten.



4.2 Nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung stehen dem Beschwerdeführer gemäss dem Begutachtungsergebnis noch verschiedene Hilfstätigkeiten offen. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte (Tabellenlöhne) beigezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, Bundesgerichtsentscheid i/S C. vom 19. Juni 2008, 9C_81/2008). Im Jahr 2007 machte der statistische Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten von Männern Fr. 60'167.-- aus (Anhang 2 der vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebenen Textausgabe 2006 IVG und ATSG).

4.3 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug vom massgebenden Tabellenlohn zu machen. Mit dem Abzug wird in der Praxis dem Umstand Rechnung getragen, dass versicherte Personen, die in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten, nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur beschränkt einsatzfähig sind, dass sie - unabhängig von der früher ausgeübten Tätigkeit - als gesundheitlich Beeinträchtigte im Rahmen leichter Hilfsarbeitertätigkeiten nicht mehr voll leistungsfähig sind oder dass weitere persönliche und berufliche Merkmale wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, allenfalls Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. 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. zum Ganzen: BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Die medizinisch bedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers sind bei der Festsetzung der (ganztägig zu verwertenden) Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt worden. Vorliegend ist allerdings zu beachten, dass der Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter nur noch für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Arbeiten mit den oberen Extremitäten über Kopfhöhe, ohne Wurfbewegungen oder kraftanfordernde manuelle Arbeiten arbeitsfähig ist. Überdies ist er aufgrund seiner psychischen Einschränkungen mit rigiden, schwernehmenden



und nachtragenden akzentuierten Zügen (IV-act. 99-48) sowie eingeschränktem Konzentrationsvermögen und eingeschränkter Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit (IV-act. 89-4) auf besonderes Verständnis seitens des Arbeitgebers und der Arbeitskollegen angewiesen. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer im Vergleich zu gesunden Mitbewerbern um eine entsprechende Stelle auf dem Arbeitsmarkt ein geringeres Einkommen erzielen wird. In Würdigung der hier konkreten Umstände erscheint ein Tabellenlohnabzug von 10 % angemessen. - Das Durchschnittseinkommen ist somit auf Fr. 54'150.30 herabzusetzen. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ergibt sich ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 27'075.15.

4.4 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 65'543.-- und einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 27'075.15 stellt sich der Invaliditätsgrad auf rund 59 %. Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung.

4.5 Ist eine versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch zu durchschnittlich 40 % arbeitsunfähig gewesen und ist nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid, so entsteht ein Rentenanspruch (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG). Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG verweist auf Art. 6 ATSG. Demgemäss ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG). Bei Hilfsarbeitern wird für die Ermittlung des Invaliditätsgrades bei längerdauernder Arbeitsunfähigkeit auf die Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit abgestellt. Für die Festlegung des Rentenbeginns (und Erfüllung des Wartejahrs) ist gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung jedoch die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich relevant (BGE 130 V 99 E. 3.2). Die einjährige Wartezeit gilt als eröffnet, sobald in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % vorliegt (AHI 1998 S. 124 E. 3c). Für die Erfüllung des Wartejahrs genügt eine durchschnittlich 40 %ige Arbeitsunfähigkeit. Gemäss Einschätzung der begutachtenden Ärzte der Rheuma- und Rehabilitationsklinik B.____ im Gutachten vom 17. April 2000 war dem Beschwerdeführer in rein somatischer Hinsicht die bisherige Tätigkeit als Maler/ Gipser



seit 2000 nicht mehr zumutbar (IV-act. 29-14, 99-26). Jedoch war ihm damals der Wechsel in eine adaptierte Tätigkeit mit leichten bis mittelgradigen körperlichen Belastungen, im Wesentlichen auch im Sitzen sowie unter häufigem Positionswechsel, uneingeschränkt zumutbar (IV-act. 29-14), weshalb damals kein Rentenanspruch entstehen konnte. Gemäss Angabe des Maler & Gipsergeschäfts H.____ vom 31. Oktober 2008 war der Beschwerdeführer indessen vom 1. Januar 2007 bis 4. April 2008 wieder in Vollzeit als Maler tätig (IV-act. 54-2 f.). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne 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). Daher ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer spätestens ab 1. Januar 2007 in seiner angestammten Tätigkeit als Maler wieder voll arbeitsfähig und mithin die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit beendet war, dies bis zum Unfall vom 4. April 2008. Gemäss Gutachter der MEDAS bestand seit dem Unfallereignis vom 4. April 2008 erneut eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gipser/Maler (IV-act. 99-26). Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers entstand damit nach Ablauf des Wartejahres gemäss oben Ausgeführten per 1. April 2009 (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG). Die Frist von 6 Monaten gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG nach Anmeldung vom 9. September 2008 ist damit auch eingehalten.

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. Juli 2011 gutzuheissen. Dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung ab 1. April 2009 eine halbe Rente zuzusprechen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin unterliegt, sodass ihr die gesamte Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist.

5.3 Der Beschwerdeführer hat bei Obsiegen Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache



und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (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 bereits erfolgte Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 12. Juli 2011 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2009 eine halbe Rente zugesprochen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.