



Fall-Nr.: IV 2011/404
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 27.08.2013
Entscheiddatum: 27.08.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 27.08.2013

**Art. 87 Abs. 3 IVV i.V.m. Art. 87 Abs. 2 IVV. Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG.
Neuanmeldung. Beweistauglichkeit eines MEDAS-Verlaufsgutachtens.
Invaliditätsbemessung. Kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Entscheid
des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. August 2013, IV
2011/404).**

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und

Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Sibylle Betschart

Entscheid vom 27. August 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 25. Januar 2006 unter Hinweis auf chronische Gelenkschmerzen erstmals zum Bezug einer Rente bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1-1 ff.). Gestützt auf das Gutachten der ABI GmbH vom 20. Juni 2007, in welchem dem Versicherten eine 100 %ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit unter Vermeidung von Überkopfarbeiten attestiert worden war (IV-act. 32-2 ff.), wies die IV-Stelle das Rentengesuch mit Verfügung vom 1. Oktober 2007 ab, wobei sie einen Invaliditätsgrad von 3 % ermittelte (IV-act. 44-1 f.). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.b Am 24. Juni 2009 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug einer Rente der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 59-1 ff.).

A.c Mit Schreiben vom 5. August 2009 (IV-act. 67-1) reichte Hausarzt Dr. med. B.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, diverse ärztliche Berichte ein (IV-act. 68-1 ff.). Im Bericht der Spitalregion C.____ vom 17. Februar 2009 war unter anderem die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit/bei Suchtverhalten (Alkohol/Medikamente) genannt worden (IV-act. 68-4 f.). Im Bericht der Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 18. Juni 2009 war ausgeführt worden, beim Versicherten seien am 22. August 2008 eine arthroskopische Rotatorenmanschettennaht und am 23. April 2009 eine subacromiale therapeutische Infiltration rechts durchgeführt worden (IV-act. 68-1).

A.d In einer internen Stellungnahme zur Eingliederungsfähigkeit resp. Arbeitsfähigkeit vom 24. November 2009 wurde vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) ausgeführt, bislang lägen vom behandelnden Psychiater Dr. D.____ – trotz Mahnung – keine neuen Berichte vor. Sollten aktuell keine wesentlich neuen Sachverhalte



St.Galler Gerichte

(erfolgreiche Entzugsbehandlung etc.) geltend gemacht werden, wäre weiterhin von den bisherigen Einschätzungen auszugehen (IV-act. 76).

A.e Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, erstattete am 8. Dezember 2009 einen Bericht. Er diagnostizierte weiterhin auftretende rezidivierende Bewusstlosigkeiten, zuletzt am 27. Oktober 2009, einen bekannten Alkoholabusus, derzeit kein Alkoholkonsum, sowie einen Status nach beidseitiger Schulter-OP, zuletzt im August 2008 mit weiterhin bestehenden Schmerzen (IV-act. 91-5).

A.f Am 10. Dezember 2009 erstattete Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie & Psychotherapie, zuhanden der IV-Stelle einen Bericht. Er diagnostizierte einen schädlichen Gebrauch von Alkohol seit Jugendjahren, gegenwärtig abstinent (F10.20), sowie eine leichte bis mittelschwere depressive Episode, teils mit Suizidversuchen, und attestierte eine Reduzierung der Arbeitsfähigkeit unter anderem durch die Depression. Weiter gab er an, aus psychiatrischer Sicht seien gewisse Hilfsarbeiten teilweise möglich (IV-act. 78-7 f.).

A.g In einer internen Stellungnahme zur Eingliederungsfähigkeit vom 14. Dezember 2009 wurde vom RAD ausgeführt, gemäss dem Bericht von Dr. D.____ könne aktuell von einer Auflage zur Entzugsbehandlung abgesehen werden. Inwieweit nun tatsächlich eine graduelle (dauerhafte) Einschränkung des Arbeitspensums bestehe, sei unklar. Aus medizinischer Sicht könne jedoch davon ausgegangen werden, dass der Versicherte aus psychischen Gründen zumindest in der Stellensuche eingeschränkt sei (IV-act. 79).

A.h Dem FI-Assessmentprotokoll vom 16. Februar 2010 ist zu entnehmen, dass der Versicherte auf die Arbeitsfragen keine Motivation zeige. Für ihn sei dies kein Thema. Er erwarte ganz klar eine Rente. Eine Unterstützung in den beruflichen Massnahmen mache deshalb keinen Sinn (IV-act. 86-1 ff.). Mit Mitteilung der IV-Stelle vom 3. März 2010 wurde in der Folge der Anspruch des Versicherten auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint (IV-act. 88-1 f.).

A.i Der RAD hielt am 2. September 2010 in einer internen Stellungnahme fest, die Arbeitsfähigkeit angestammt bzw. adaptiert könne aufgrund der vorliegenden Unter-



St.Galler Gerichte

lagen nicht definiert werden. Daher sei eine Verlaufs-Begutachtung bei der MEDAS St. Gallen erforderlich (IV-act. 92-1 f.).

A.j Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz am 17. Februar 2011 ein polydisziplinäres (orthopädisches, psychiatrisches und neurologisches) Gutachten mit Untersuchungsdaten vom 29. November und 1. Dezember 2010. Die Begutachtung ergab als Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine peronealbetonte Ischiadicusläsion links bei Status nach Liegetrauma am 18. Juli 2010, eine ausgeprägte, vorwiegend axonale beinbetonte Polyneuropathie, rezidivierende Bewusstlosigkeiten unklarer Ätiologie, eine Re-Ruptur der Rotatorenmanschette rechts nach Naht mit Impingementsyndrom, eine Instabilität des oberen Sprunggelenks (OSG) links mehr als rechts, eine alte Brustwirbelkörper (BWK) 7-Kompressionsfraktur sowie einen chronischen Alkoholabusus. Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Intoxikation mit Amitriptylin und Alkohol in wahrscheinlich suizidaler Absicht am 18. Juli 2010, ein depressives Syndrom, aktuell stabil, einen Status nach Operation eines Nervus ulnaris-Kompressionssyndromes im Sulcus ulnaris-Bereich rechts mit guter Regeneration, ein Cavernomübergang Pons/Medula oblongata, 4 mm gross ohne neurochirurgischen Handlungsbedarf, ein sakkuläres Aneurysma im Carotissiphon rechts, Durchmesser von 3 mm, kein Interventionsbedarf, DD Hepatopathie medikamentös-toxisch, DD äthylisch, eine hypochrome, mikrozytäre Anämie, ein intermittierendes, tachykardes Vorhofflimmern, eine arterielle Hypertonie, einen Status nach mehrmaliger Varizenoperation an den unteren Extremitäten beidseits, einen Status nach konservativ behandelte Radiusfraktur rechts, einen Status nach mehrmaliger Leistenbruchoperation beidseits sowie einen Morbus Dupuytren Grad I beidseits. Für eine behinderungsadaptierte Tätigkeit gaben die Gutachter der MEDAS Ostschweiz eine um 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit bei voller Arbeitspräsenz an (IV-act. 99-1 ff.).

A.k Die RAD-Ärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt am 26. Mai 2011 in einer internen Stellungnahme fest, dass auf das Gutachten abgestellt werden könne. Es sei ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar. Seit dem Begutachtungszeitpunkt bestehe eine Arbeitsfähigkeit adaptiert von 80 % ganztags (IV-act. 103-2).



A.l Mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2011 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 106-1 f.).

A.m Mit Verfügung vom 24. November 2011 lehnte die IV-Stelle den Antrag des Versicherten auf eine Invalidenrente ab. Da der Invaliditätsgrad bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer adaptierten Tätigkeit lediglich 22 % betrage, bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 108-1 f.).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtete sich die am 16. Dezember 2011 erhobene Beschwerde. Der Beschwerdeführer beantragte die Zusprache einer ganzen IV-Rente. Zur Begründung verwies er auf seine zahlreichen Operationen. Im Hinblick auf seine schlechte körperliche Verfassung und auf die Dauerschmerzen könne er unmöglich einen Arbeitseinsatz leisten (act. G 1). Der Beschwerde wurde das "Detaillierte Arztzeugnis" von Dr. B.____ vom 13. Dezember 2010 beigelegt (act. G 1.3).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 9. Februar 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, das Gutachten sei durch die MEDAS Ostschweiz von einem qualifizierten Begutachtungsinstitut vorgenommen worden und basiere auf umfassenden Kenntnissen des Sachverhalts. Die Anamnese sowie die Befunde seien erhoben worden. Die Begutachtung beinhalte ein orthopädisches und ein psychiatrisches Teilgutachten. Auch die Beschwerdebeschreibung des Beschwerdeführers sowie sämtliche IV-Akten hätten in das Gutachten Eingang gefunden. Die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsleistung sei schliesslich nach Kenntnisnahme der Vorakten abgegeben worden. Somit entspreche dieses Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung. Neue medizinische Fakten seien dem Arztbericht von Dr. B.____ vom 13. Dezember 2010 nicht zu entnehmen. Zu beachten sei zudem, dass ein behandelnder Arzt beweisrechtlich nicht als Sachverständiger, sondern als Auskunftsperson auftrete. Aufgrund des engen persönlichen und rechtlichen Verhältnisses zwischen dem Arzt und seinem Patienten bestehe eine natürliche Vermutung dafür, dass die Äusserungen des Arztes in erster Linie der Unterstützung des Patienten im Hinblick auf die Zusprache von Sozialversicherungs-



St.Galler Gerichte

leistungen und nicht der objektiven und unabhängigen Sachverhaltserhebung dienen. Sie habe ergo zu Recht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt. Der Einkommensvergleich sei im Übrigen nicht beanstandet worden (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 22. Februar 2012 beantragte der Beschwerdeführer eine Neubeurteilung seiner diversen körperlichen Gebrechen (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin hielt mit Schreiben vom 24. Februar 2012 an ihren Ausführungen und ihrem Antrag fest (act. G 8).

Erwägungen:

1.

Die Beschwerdegegnerin hat die Verfügung am 24. November 2011 dem früheren Bestand des Beschwerdeführers zugestellt (IV-act. 108-1). Der Beschwerdeführer war jedoch im Zustellungszeitpunkt bereits nicht mehr verbeiständet (IV-act. 98-4, 100). Somit erfolgte eine fehlerhafte Eröffnung der Verfügung. Da die angefochtene Verfügung aber umgehend an den Beschwerdeführer weitergeleitet worden ist, so dass dieser noch rechtzeitig innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde erheben konnte (act. G 1), ist die fehlerhafte Verfügungseröffnung vorliegend ohne Relevanz.

2.

2.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine Neuanmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV i.V.m. Art. 87 Abs. 2 IVV erfüllt sind. Demnach ist von der versicherten Person im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten sein könnte, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung (bzw. bei mehreren Ablehnungen seit der letzten materiellen Prüfung, die rechtskräftig geworden ist) bestanden hat, mit demjenigen zur



Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1). Tritt die Verwaltung (nach erfolgter Glaubhaftmachung) auf die Neuankündigung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und zu prüfen, ob nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen sei (Entscheidung des Bundesgerichts vom 3. April 2008, 9C_733/2007, E. 1).

2.2 Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin auf die Neuankündigung vom 24. Juni 2009 (IV-act. 59-1 f.) eingetreten. Dem durch Dr. B.____ mit Schreiben vom 5. August 2009 eingereichten Operationsbericht der Spitalregion C.____ vom 25. August 2008 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit langem wieder an belastungsabhängigen, in den Arm ausstrahlenden Schulterschmerzen rechts leide. Das Magnetic Resonance Imaging (MRI) zeige eine Supraspinatussehne (SSP)-Sehnenruptur, eine Musculus Subscapularis (SSC)-Teilruptur und eine Bizepstendinopathie. Die Indikation für eine Schulteranasthetisierung sei gegeben. Daher erfolgte am 22. August 2008 die Operation einer arthroskopischen Bizepstenotomie (IV-act. 68-11 f.). Im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 18. Juni 2009 waren unter anderem die Diagnosen einer Re-Ruptur Rotatorenmanschette (SSP) rechts sowie eines Status nach arthroskopischer Rotatorenmanschettennaht am 22. August 2008 bei Rotatorenmanschettenruptur rechts und symptomatischen Schultergelenk(AC)-Gelenksarthrose genannt worden. Am 23. April 2009 war eine subacromiale therapeutische Infiltration rechts durchgeführt worden (IV-act. 68-1 f.). Im Bericht vom 10. Dezember 2009 diagnostizierte Dr. D.____ nebst dem schädlichen Gebrauch von Alkohol seit Jugendjahren, gegenwärtig abstinent (F10.20), leichte bis mittelschwere depressive Episoden, teils mit Suizidversuchen (IV-act. 78-7). Diesem Bericht sowie denjenigen der Spitalregion C.____ und des KSSG lassen sich mithin genügend Hinweise auf eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 1. Oktober 2007 entnehmen, die damit im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft gemacht ist. Die Beschwerdegegnerin ist angesichts dessen zu Recht auf die Wiederankündigung des Beschwerdeführers vom 24. Juni 2009 eingetreten.

3.

3.1 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. 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 Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Beim zur Bemessung des IV-Grads vorzunehmenden Einkommensvergleich sind Werte aus demselben Vergleichsjahr beizuziehen.

3.2 Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen 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). Im Grundsatzurteil BGE 137 V 210 hat das Bundesgericht einlässlich und in Berücksichtigung aller in Betracht fallenden Gesichtspunkte zur Beschaffung medizinischer



Entscheidungsgrundlagen durch externe Begutachtungsinstitute wie die MEDAS in der Invalidenversicherung Stellung genommen und diese – wie bereits früher (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_500/2009 vom 24. Juni 2009, E. 2.1 mit Hinweis) – als verfassungs- und konventionskonform erklärt.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bezüglich Arbeitsfähigkeitsschätzung auf die Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz.

4.1.1 In psychiatrischer Hinsicht erfolgte die Begutachtung am 1. Dezember 2010 durch Dr. med. G.____, eidg. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser hat in seinem psychiatrischen Consiliargutachten vom 15. Dezember 2010 (IV-act. 99-36 ff.) ausgeführt, bei schizoider Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1) handle es sich beim Alkoholabusus um eine sekundäre Sucht. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung am 17. Juli 2007 stabilisiert, insbesondere bezüglich des Alkoholkonsums. Eine Dauerüberwachung sei aber nötig, um zu verhindern, dass der Beschwerdeführer einen Rückfall erleide. Aus psychiatrischer Sicht seien diesem aktuell körperlich adaptierte Tätigkeiten in einem vollen Pensum zumutbar, hierzu seien aber Wiedereingliederungsmassnahmen zu empfehlen (IV-act. 99-40). Das Consiliargutachten basiert auf umfassenden Kenntnissen des Sachverhalts. Eigene Befunde und Beobachtungen sind erhoben worden. Auch die Beschwerdebeschreibung des Beschwerdeführers und die IV-Akten haben in das Consiliargutachten Eingang gefunden. Zudem sind ein Screening-Test (Patienten-Gesundheits-Fragebogen) sowie ein Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory (MMPI)-Test durchgeführt worden. Die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsleistung ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden. Die Schlussfolgerungen des Experten sind begründet. Somit entspricht dieses Consiliargutachten den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

4.1.2 Die orthopädische Begutachtung (IV-act. 99-31 ff.) ist durch Dr. med. H.____, Orthopädische Chirurgie FMH, erfolgt, der seine Diagnosen unter anderem auf die am 1. Dezember 2010 angefertigten Röntgenbilder des Rippenthoraxes links basal, des Oberschenkels links, des OSG rechts, der BWS und LWS abgestützt hat. Dr. H.____ hat



im orthopädischen Consiliargutachten vom 13. Dezember 2010 berichtet, aus den Beschwerdebildern seitens des Bewegungsapparats, die alle objektiviert werden könnten, resultierten qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. In erster Linie dürften vor allem rechts keine längeren Überkopfarbeiten vorkommen und Gehstrecken über einem Kilometer müssten von Pausen unterbrochen sein. Dazu sei das Tragen eines Stabilschuhs angezeigt. Diese Einschätzung stehe weitgehend im Einklang mit der im Gutachten 2007 gemachten, wobei die neu eingetretene leichte Kyphosierung durch die Wirbelfraktur und der Nervenschaden am linken Bein berücksichtigt werden müssten. Prognostisch sei aus Sicht des Bewegungsapparates mittelfristig mit einem günstigen Verlauf zu rechnen. Es sei aufgrund des bisherigen Verlaufs keine rasche Entwicklung einer OSG-Arthrose zu erwarten. Die seit der letzten Begutachtung am 17. Juli 2007 aufgetretene Fraktur von BWK7 mit Kyphosierung habe den Gesundheitszustand diskret verschlechtert. Ebenso führe die Peroneusparese links seit Juni 2010 zu einer leichten Gehstörung (IV-act. 99-34 f.). Auch dieses Consiliargutachten basiert auf umfassenden Kenntnissen des Sachverhalts. Die persönliche, berufliche und soziale Anamnese sowie die Befunde sind erhoben worden. Auch die Beschwerdebeschreibung des Beschwerdeführers und die IV-Akten, im speziellen die Röntgenbilder der BWS und LWS von Dr. B.____ aus dem Jahr 2007 und der Beckenübersicht des Spitals Wattwil von 2010 sowie das MRI des OSG und der Schulter rechts der Jahre 2008 und 2009 haben in das Consiliargutachten Eingang gefunden (IV-act. 99-33 f.). Die Beschreibung der Einschränkungen und notwendigen Hilfsmittel bei Arbeitstätigkeiten ist begründet und plausibel. Somit entspricht auch dieses Consiliargutachten den Anforderungen der Rechtsprechung.

4.1.3 Polydisziplinär (inklusive neurologischer Begutachtung) wird ausgeführt, dass sich seit dem medizinischen Referenzzeitpunkt vom Juli 2007 eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20 % bei voller Arbeitspräsenz unter Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen ergeben habe, dies aufgrund des seit der ersten ABI-Begutachtung neu hinzugekommenen neuropathischen Schmerzsyndroms im linken Bein sowie einer Fussheberparese links. Auch sei vermutlich neu eine Fraktur von BWK7 mit Kyphosierung aufgetreten, was ebenso eine Veränderung des Gesundheitszustandes mit sich gebracht habe (IV-act. 99-28). Aus neurologischer Sicht seien die epileptischen Anfälle, welche sowohl anamnestisch als auch nach Aktenlage seit über einem Jahr nicht mehr aufgetreten seien, mit den üblichen damit verbundenen Ein-



schränkungen, IV-mässig nicht relevant. Die residuelle Fussparese links bedingt durch die peronealbetonte Ischiadicusläsion links habe sich im Verlauf bereits gebessert. Subjektiv führe diese aktuell zu keiner grossen Einschränkung. Die Prognose bezüglich der Fussheberparese links sei noch offen, eine weitere Besserung sei durchaus möglich (IV-act. 99-25). Das polydisziplinäre Gutachten ist aufgrund der Akten, insbesondere auch unter Berücksichtigung des Gutachtens der ABI GmbH vom 20. Juni 2007 sowie eigener Untersuchungen (unter anderem Labor, Röntgen, PACT-Test, Ruhe-EKG), erstellt worden. Es ist umfassend, berücksichtigt die geltend gemachten Beschwerden und begründet in nachvollziehbarer Weise die Schlussfolgerungen der Experten; auch werden die seit der letzten Begutachtung vom 17. Juli 2007 neu hinzugekommenen Beeinträchtigungen (neuropathisches Schmerzsyndrom im linken Bein, Fussheberparese links, vermutliche Fraktur der BWK7 mit Kyphosierung) als qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der Darlegung der zumutbaren Arbeit berücksichtigt. Damit vermag das Gutachten den höchstrichterlich geltenden Anforderungen an ein solches zu genügen.

4.2 Soweit in der Beschwerde sinngemäss geltend gemacht wird, die von den Sachverständigen im MEDAS-Gutachten bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von bloss 20 % lasse sich aufgrund der seither eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht halten, kann dem nicht beigepflichtet werden, wurden doch die in der Beschwerde genannten gesundheitlichen Einschränkungen des rechten Fussgelenks, der Krampfadern an beiden Beinen, der Leisten, der Schultern, des Rückens sowie des Handgelenks in der Diagnosestellung des MEDAS-Gutachtens bereits miterfasst (IV-act. 99-23 f.). Insgesamt lassen sich in den medizinischen Akten keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür finden, dass bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung eine relevante anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers von mehr als 20 % eingetreten ist. Die übrigen medizinischen Akten – sofern sie überhaupt eine abweichende Beurteilung beinhalten – vermögen keinen Zweifel an der Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens entstehen zu lassen. Insbesondere das "Detaillierte Arztzeugnis" von Hausarzt Dr. B.____ vom 13. Dezember 2010, worin er – ohne Begründung – eine Teilarbeitsfähigkeit von 10-20 %iger Arbeitszeit mit ca. 30 %iger Arbeitsleistung attestiert (act. G 1.3), ist nicht nachvollziehbar. Was im Übrigen Berichte von Hausärzten angeht, darf und soll die Erfahrungstatsache mitberücksichtigt werden,



dass Hausärzte mitunter aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher dazu neigen, zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Das "Detaillierte Arztzeugnis" von Dr. B.____ ist mithin nicht geeignet, Zweifel am Beweiswert des Gutachtens zu wecken.

4.3 Zusammenfassend ist demnach gestützt auf das MEDAS-Verlaufsgutachten vom 17. Februar 2011 und den RAD mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem im Vergleich zur Verfügung vom 1. Oktober 2007 bis zum Erlass der streitigen Verfügung vom 24. November 2011 leicht veränderten Gesundheitszustand auszugehen, der zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 20 % führt. Mithin sind auf der Basis einer 80 %igen Restarbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit die erwerblichen Auswirkungen zu ermitteln.

4.4 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). Die Beschwerdegegnerin ermittelte in der angefochtenen Verfügung das Valideneinkommen anhand des vom Beschwerdeführer im Jahr 2005 erzielten Lohnes bei der I.____ AG und rechnete dieses auf das Jahr 2009 auf (IV-act. 109, 107-2). In den medizinischen Akten finden sich Hinweise, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bereits vor und während des ganzen Jahres 2005 beeinträchtigt gewesen sein könnte. Gemäss ABI-Gutachten vom 20. Juni 2007, Ziff. 6.3, habe sich die verminderte Belastbarkeit der Arme und des rechten Fusses langsam in den letzten Jahren entwickelt. Bezüglich des Alkoholkonsums sei die Situation aufgrund der anamnestischen Angaben schwankend gewesen. Der Beschwerdeführer habe auch immer wieder gearbeitet (IV-act. 32-14). Vor diesem Hintergrund kann das Valideneinkommen, d.h. das hypothetische Einkommen bei voller Gesundheit, nicht anhand eines im Jahr 2005 erzielten Lohnes ermittelt werden. Der Beginn wie auch das Ausmass sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit der früher



ausgeübten körperlich schweren Tätigkeiten kann aktenmässig nicht genau festgelegt werden. Die um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit bei voller Arbeitspräsenz auch in adaptierten Tätigkeiten stand jedoch spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz, nämlich 2010, fest. Es rechtfertigt sich daher, einen statistischen Wert (Tabellenlohn) für das Jahr 2010 beizuziehen. Im Jahr 2010 machte der statistische Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten von Männern Fr. 5'118.-- pro Monat bzw. Fr. 61'414.-- pro Jahr aus (Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Gesetze und Verordnungen mit Querverweisen und Sachregister, Ausgabe 2012, S. 234, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik). Es ist demgemäss von einem Valideneinkommen 2010 von Fr. 61'414.-- auszugehen.

4.5 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist - wie hier - kein effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, 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).

4.6 Die Beschwerdegegnerin hat vom Invalideneinkommen keinen sogenannten "Leidensabzug" gewährt (IV-act. 35, 109). Der als "Leidensabzug" bezeichnete Abzug hat nichts mit dem Leiden an sich zu tun. Vielmehr sollen damit jene Nachteile ausgeglichen werden, welche die versicherte Person bei der Anwendung statistischer Daten für das Invalideneinkommen erleidet. Die Invalidität bewirkt - neben der Arbeitsunfähigkeit - auf den realen Arbeitsmarkt bezogen eine zusätzliche Lohneinbusse. Denn die statistischen Tabellenlöhne werden auf der Grundlage von Daten gesunder Arbeitnehmer erhoben. Solche Werte erreicht der invalide Arbeitnehmer im Allgemeinen nicht. Vielmehr muss er in der Entwicklung des Invaliditätseinkommens bzw. der Invalidenkarriere mannigfaltige Nachteile gewärtigen (vgl. BGE 126 V 75 zum "Leidensabzug"). Im Hinblick auf die verschiedenen durch die somatischen Einschränkungen bedingten Beeinträchtigungen, insbesondere der qualitativen Arbeitsfähigkeit, hat sich das Spektrum der für den Beschwerdeführer noch in Frage kommenden Tätigkeiten erheblich verkleinert. Zudem ist der



Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Beschwerden gegenüber einem gesunden Konkurrenten für einen adaptierten Arbeitsplatz aus ökonomischer Sicht benachteiligt, auch weil ein grösseres Risiko besteht, dass er mehr Krankheitsabwesenheiten haben könnte und er weniger flexibel ist (z.B. in Bezug auf Überstunden; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 25. November 2008 [9C_650/2008] E. 5.4). Schliesslich ist der Beschwerdeführer aufgrund seiner durch den jahrzehntelangen Alkoholabusus angeschlagenen Persönlichkeit auf besondere Rücksichtnahme und besonderes Verständnis seitens des Arbeitgebers und der Arbeitskollegen angewiesen. Er wird deshalb seine Arbeitskraft zu einem unterdurchschnittlichen Lohn anbieten müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Dezember 2009 [9C_68/2009]). Es ist somit insgesamt anzunehmen, dass der Beschwerdeführer im Vergleich zu gesunden Mitbewerbern auf dem Arbeitsmarkt ein geringeres Einkommen erzielen können. Es rechtfertigt sich daher, einen Abzug von 10 % vorzunehmen. Das Durchschnittseinkommen ist somit auf Fr. 55'273.-- herabzusetzen. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ergibt sich per 2010 ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 44'218.--.

4.7 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen von Fr. 61'414.-- und Invalideneinkommen von Fr. 44'218.-- ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 28 %. Es besteht folglich kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

5.

5.1 Im Sinne der obigen Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

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. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Angesichts des vollen Unterliegens des Beschwerdeführers rechtfertigt es sich, ihm die Gerichtskosten unter Anrechnung des von ihm in selbiger Höhe geleisteten Kostenvorschuss gesamthaft aufzuerlegen.



Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des von ihm geleisteten Kostenvorschusses in gleicher Höhe zu bezahlen.