



Fall-Nr.: IV 2013/259
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.10.2019
Entscheiddatum: 06.09.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 06.09.2016

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Gutachten und auf eigener Untersuchung beruhender RAD-Bericht. Kosten des Gerichtsgutachtens sind vollumfänglich von der IV-Stelle zu tragen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. September 2016, IV 2013/259). Abgesehen vom Umfang der Auferlegung der Kosten des Gerichtsgutachtens zulasten die IV-Stelle bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_672/2016 und 9C_685/2016.

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen

Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2013/259

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jakob Ackermann,

Ris & Ackermann Rechtsanwälte, St. Gallerstrasse 161,

Postfach 2044, 8645 Jona,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 6. August 2008 wegen einer Diskushernie zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Anlässlich des FI-Gesprächs vom 20. August 2008 gab der behandelnde Dr. med. B.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, gegenüber RAD-Ärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin FMH, an, der Versicherte leide seit 14. März 2008 an einer grossen medianen Diskushernie (keine neurologischen Ausfälle; bei konservativer Therapie bis jetzt guter Heilungsverlauf). Für die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter im Küchenbereich (IV-act. 10-2) verfüge der Versicherte über eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (FI-Gesprächsprotokoll vom 20./22. August 2008, IV-act. 11; vgl. auch den Bericht von Dr. B.____ vom 22. Oktober 2008, IV-act. 18).

A.b Mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2009 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen und Rente abzuweisen. Zur Begründung führte sie aus, der Versicherte sei wieder zu 100% arbeitsfähig und werde vom Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum betreut. Berufliche Massnahmen seien somit nicht notwendig. Unter Berücksichtigung des zumutbaren Erwerbseinkommens bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 43). Dagegen erhob der Versicherte am 23. November 2009 Einwand (IV-act. 47). Am 6. Januar 2010 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie gewähre ihm Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche. Diese Mitteilung ersetze den Vorbescheid vom 21. Oktober 2009. Allfällige weitere Leistungsansprüche würden noch geprüft (IV-act. 51).



St.Galler Gerichte

A.c In der Folge holte die IV-Stelle weitere Berichte der behandelnden medizinischen Fachpersonen ein. Im Schlussbericht vom 19. April 2011 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, der Versicherte verfüge für leidensangepasste Tätigkeiten über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Er fühle sich jedoch nicht in der Lage, eine leichte Tätigkeit aufzunehmen oder/und an beruflichen Massnahmen teilzunehmen. Berufliche Massnahmen seien daher nicht möglich (IV-act. 95). Mit Mitteilung vom 28. April 2011 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 98).

A.d Die seit 30. Juni 2010 behandelnde Psychologin lic. phil. D.____ bzw. Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichteten am 21./26. April 2011, der Versicherte leide an chronischen Rückenbeschwerden, Konzentrationsstörungen, Schmerz, Stress, Hoffnungslosigkeit und einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.01). Eine leidensangepasste Tätigkeit sei ihm halbtags zumutbar (IV-act. 99). Dr. med. F.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, gab am 17. Mai 2011 an, eine leidensangepasste Tätigkeit sei dem Versicherten zumutbar (IV-act. 106). Der Hausarzt Dr. med. G.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, hielt den Versicherten wegen des instabilen Gesundheitszustands ("noch keine Stabilisierung") für jegliche Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (Verlaufsbericht vom 6. Juni 2011, IV-act. 110). Im Bericht vom 14. Juni 2011 vertrat der behandelnde Dr. med. H.____, Innere Medizin FMH, die Ansicht, bei instabiler Situation sei die angestammte Tätigkeit dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Für eine sitzende, wechselbelastende Tätigkeit sei der Versicherte zu 50% arbeitsfähig, d.h. 4 Stunden pro Tag. Diese Einschätzung ergebe sich aus vermehrten Pausen von zweimal einer Stunde pro Halbtage (IV-act. 113-3 f.). Da der Gesundheitszustand noch nicht stabilisiert sei, empfahl RAD-Ärztin Dr. C.____, bei den behandelnden medizinischen Fachpersonen in 3 Monaten erneut Verlaufsberichte einzuholen (Stellungnahme vom 15. Juli 2011, IV-act. 116).

A.e Im Verlaufsbericht vom 19. Oktober 2011 gab Dr. G.____ an, der Gesundheitszustand des Versicherten hätte sich seit Juni 2011 verschlechtert (IV-act. 122). Dr. F.____ bescheinigte im Verlaufsbericht vom 20. Oktober 2011 einen seit Mai 2011 stationären Gesundheitszustand (IV-act. 121). Am 16. November 2011 antwortete Dr. H.____ auf das von der IV-Stelle erhaltene Schreiben betreffend einen



St.Galler Gerichte

Verlaufsbericht, er habe den Versicherten seit der letzten Konsultation vom 14. April 2011 nicht mehr gesehen (IV-act. 124).

A.f Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte am 30. April und 21. Juni 2012 im BEGAZ Begutachtungszentrum BL allgemeininternistisch, psychiatrisch und rheumatologisch untersucht. Die Experten führten im Gesamtgutachten vom 11. Juli 2012 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms links, eines chronischen eher lumbo-radikulären Reizsyndroms S1 rechts bei medianer lumbo-sacraler Diskushernie, Spondylarthrosen distal-lumbal, aktuell ohne klinisches Facettensyndrom, und ein Diskusbulging LWK3 bis LWK5 (ICD-10: M54.4 und M51.1) auf. Seit März 2008 bestehe eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ab Januar oder Februar 2009 sei mit Beginn einer Arbeitsfähigkeit von 20% anschliessend eine Steigerung auf 50% bis Juli 2009 erreicht worden. Damals habe während der einmonatigen stationären Behandlung in der Klinik Valens (siehe hierzu den Bericht vom 19. August 2009, IV-act. 139-69 ff.) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit anschliessend 100%iger Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten bestanden. Diese Beurteilung müsse gemäss Aktenlage als gültig angenommen werden bis Juni 2010. Ab Juli bis Dezember 2010 habe offenbar wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden. Ab Januar 2011 betrage die Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte und rückenadaptierte Tätigkeit 50%. Die Arbeitsfähigkeit könne aus rheumatologischer Sicht durch weitere therapeutische Massnahmen wohl noch gesteigert werden, wobei der Versicherte diese bisher aus Angst verweigert habe. Aufgrund des nicht stabilen Gesundheitszustands erscheine eine Neubeurteilung der klinischen Situation nach einem F.____ sinnvoll (IV-act. 139, insbesondere -35 ff.).

A.g RAD-Ärztin Dr. C.____ bezeichnete den rheumatologischen Teil des BEGAZ-Gutachtens für wenig überzeugend. Sie empfahl, die Eingliederungsbemühungen sollten wieder aufgenommen werden, beginnend mit einer Arbeitsfähigkeit von 50%, provisorisch aus versicherungsmedizinischer Sicht steigerbar, insbesondere wenn der Versicherte die empfohlenen risikoarmen rheumatologischen Behandlungen (Injektionen) durchführen liesse (Stellungnahme vom 25. Juli 2012, IV-act. 140). Der Versicherte zeigte keine Bereitschaft zur Mitwirkung an beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Stellungnahme vom 24. August 2012, IV-act. 145-2).



St.Galler Gerichte

A.h Im Verlaufsbericht vom 23. Oktober 2012 bezeichnete Dr. F.____ den Gesundheitszustand des Versicherten als stationär. Für eine leidensangepasste Tätigkeit bescheinigte sie eine Arbeitsfähigkeit von "max." 50% (IV-act. 149). Dr. G.____ gab im Verlaufsbericht vom 26. Oktober 2012 an, der Gesundheitszustand habe sich seit November 2011 verschlechtert. Gegenwärtig bestehe keine Arbeitsfähigkeit (IV-act. 150).

A.i Im Auftrag der IV-Stelle nahm Prof. Dr. med. I.____, Facharzt FMH Neurologie, am 16. Januar 2013 eine neurologische Untersuchung des Versicherten vor. Er diagnostizierte ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und eine mediale lumbale Diskushernie LWK 5/1. Aktuell bestünden keine Hinweise auf eine relevante Radikulopathie oder Neuropathie (neurologisches Konsilium vom 22. Januar 2013, IV-act. 160). Bereits am 14. November 2012 war der Versicherte von RAD-Arzt Dr. med. B. Wunderlin, Facharzt für Rheumatologie FMH, und RAD-Ärztin Dr. C.____ untersucht worden. Im Abklärungsbericht vom 6. Februar 2013 führten sie aus, die Diagnose des rheumatologischen BEGAZ-Gutachters (lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts) dürfe nach der neurologischen Untersuchung durch Prof. I.____ nun klar als nicht zutreffend beurteilt werden. Genau diese Diagnose habe aber den rheumatologischen BEGAZ-Gutachter zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten von 50% veranlasst. Nach der neurologischen Abklärung durch Prof. I.____ dürften aber die bildgebend dargestellten Diskushernien als klinisch nicht relevant beurteilt werden. Somit gebe es kein organisch-strukturelles Korrelat, das eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit begründen könne. Selbstlimitierung und Symptomausweitung könnten nicht als leistungsmindernd anerkannt werden. Aus rheumatologischer Sicht dürfe daher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ausgegangen werden, da kein Befundkorrelat nachweisbar sei, das den Versicherten bei einer vollzeitigen leidensadaptierten Arbeitstätigkeit relevant einschränke (IV-act. 161).

A.j Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 20. Februar 2013 in Aussicht, sein Rentengesuch abzuweisen (IV-act. 165). Dagegen erhob der Versicherte am 14. März 2013 Einwand (IV-act. 168). Am 19. April 2013 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 169).



B.

B.a In der dagegen gerichteten, an die IV-Stelle adressierten Eingabe vom 15. Mai 2013 brachte der Versicherte vor, er sei mit der Verfügung nicht einverstanden (IV-act. 171). Daraufhin teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, wenn er mit der Verfügung vom 19. April 2013 nicht einverstanden sei, müsse er innert 30 Tagen beim Versicherungsgericht Beschwerde einreichen (IV-act. 172).

B.b Mit Beschwerde vom 11. Juni 2013 gelangt der nunmehr rechtskundig vertretene Beschwerdeführer ans Versicherungsgericht und beantragt in prozessualer Hinsicht, es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerde vom 15. Mai 2013 zu Unrecht nicht an das Versicherungsgericht weitergeleitet habe. In materieller Hinsicht beantragt er die Ausrichtung einer ganzen Rente mit Wirkung ab 6. August 2009, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, entgegen der Beurteilung der BEGAZ-Gutachter sei er auch für eine leichte Tätigkeit "nahezu" 100% arbeitsunfähig (act. G 1).

B.c Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 17. Juli 2013 die Abweisung der Beschwerde. Ihrer Ansicht nach sei von der Rechtzeitigkeit der Beschwerde auszugehen. Gestützt auf den RAD-Abklärungsbericht sei ein IV-rechtlich relevanter Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Der Sachverhalt sei eindeutig. Eine Rückweisung zu weiteren Abklärungen würde mit Garantie zum gleichen Ergebnis führen und der Invalidenversicherung nur unnötige Kosten verursachen (act. G 3).

B.d Mit Präsidialentscheid vom 19. Juli 2013 wird dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) entsprochen (act. G 4).

B.e In der Replik vom 20. August 2013 hält der Beschwerdeführer unverändert an seinen Anträgen fest. Aus den Akten ergebe sich ein Gesundheitsschaden, der eine Erwerbsunfähigkeit begründe (act. G 7). Er reicht u.a. einen Bericht von Dr. med. J.____,



FMH Radiologie, vom 11. Juni 2013 betreffend die Ergebnisse einer MRI-Untersuchung der HWS/oberen BWS vom 10. Juni 2013 ein (act. G 7.1.9).

B.f Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Duplik verzichtet (act. G 9).

B.g Am 11. September 2013 reicht der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. K.____, FMH Radiologie, vom 29. August 2013 ein betreffend die Ergebnisse einer am gleichen Tag durchgeführten Ultra-Highfield and High Resolution 3-Tesla MRT der LWS und des ISG bds. nativ (act. G 10). Die Beschwerdegegnerin hat die Frist für eine Stellungnahme unbenützt verstreichen lassen (act. G 12).

B.h Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (Schreiben vom 9. Oktober 2015, act. G 13; die Parteien erhoben keine Einwände gegen das in Aussicht gestellte Gerichtsgutachten, vgl. act. G 14) beauftragte das Gericht am 28. Oktober 2015 die MEDAS Zentralschweiz mit der Erstellung eines polydisziplinären (allgemein-internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachtens (act. G 14).

B.i Der Beschwerdeführer hat am 13. Mai 2016 mitgeteilt, er habe am 4. Mai 2016 als Beifahrer ein Schleudertrauma erlitten (act. G 16; zum eingereichten Untersuchungsbericht der Chirurgischen Klinik am Spital L.____ vom 4. Mai 2016 siehe act. G 16.1).

B.j Am 2. und 3. Februar 2016 war der Beschwerdeführer in der MEDAS Zentralschweiz allgemein-internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht worden. Die Gutachter diagnostizierten mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits, aktuell rechtsbetont, mit radikulärer, sensibler Reizsymptomatik S1 beidseits, ohne motorisches Defizit: mit/bei schwerer Segmentdegeneration L5/S1; mit/bei relevanter Spinalkanalenge L4/5 mit Verdacht auf Irritation der Wurzel L5 beidseits, aktuell ohne klinischen Anhalt weder für eine Claudicatio spinalis-Symptomatik noch für eine radikuläre motorische Ausfallsymptomatik noch für eine Myelopathie; mit/bei Status nach lumbalem Morbus Scheuermann, Flachrücken, leichter lumbaler rechtskonvexer Skoliose und gestörter sagittaler Balance. Für eine leidensangepasste Tätigkeit bescheinigten sie eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Zum Verlauf führten die Gutachter



St.Galler Gerichte

aus: "100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 14.03.2008, 75% ab 15.04.2008, 50% ab 01.06.2008 [...]; 100%ige Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisation in Valens 20.07. bis 10.08.2009, anschliessend Arbeitsfähigkeit angestammt medizinisch-theoretisch 70% und Arbeitsfähigkeit angepasst 100%, ab 08/2013 erneut Arbeitsunfähigkeit 100%, nun angestammt und angepasst, bei Massenprolaps L5/S1, ab April/ Mai 2015 Arbeitsfähigkeit angepasst 30% mit langsamer zwischenzeitlicher Steigerung auf die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit angepasst 50% und Arbeitsfähigkeit angestammt maximal 30% (Gerichtsgutachten vom 1. Juni 2016, act. G 18). Der Beschwerdeführer hat auf eine Stellungnahme verzichtet (act. G 22) und die Beschwerdegegnerin hat die Frist für eine Stellungnahme unbenützt verstreichen lassen.

B.k Mit Schreiben vom 12. August 2016 stellte das Versicherungsgericht den Parteien eine Ausdehnung des Streitgegenstands in zeitlicher Hinsicht bis zum von den Gerichtsgutachtern beurteilten Zeitraum (2./3. Februar 2016) in Aussicht (act. G 24). Die Parteien brachten dagegen keine Einwände vor (act. G 25). Die Beschwerdegegnerin beantragte, die Kosten des Gerichtsgutachtens seien ihr nur bis zur Höhe von Fr. 9'536.90 zu überbinden (act. G 26).

Erwägungen

1.

In formeller Hinsicht ist von Amtes wegen die Frage zu prüfen, ob auf die Beschwerde vom 15. Mai 2013 (IV-act. 171) eingetreten werden kann. Die Parteien bejahen die Eintretensvoraussetzungen (act. G 1 und G 4). Aus der vom rechtsunkundigen Beschwerdeführer gegen die Verfügung vom 19. April 2013 erhobenen Eingabe vom 15. Mai 2013 ergibt sich ein Anfechtungswille ("nicht Einverstanden mit der Verfügung", IV-act. 171). Angesichts dessen, dass die rechtzeitige Einreichung einer Eingabe bei einer unzuständigen Stelle (vorliegend bei der Beschwerdegegnerin) die Beschwerdefrist wahrt (Art. 60 Abs. 2 i.V.m. Art. 39 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) und die übrigen Eintretensvoraussetzungen unbestrittenermassen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.



2.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

2.1 Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verfügungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Verfügungserlasses gegeben war. Ausnahmsweise kann das Gericht aus prozessökonomischen Gründen auch die Verhältnisse nach Erlass der Verfügung in die richterliche Beurteilung miteinbeziehen und zu deren Rechtswirkungen über den Verfügungszeitpunkt hinaus verbindlich Stellung beziehen, mithin den das Prozessthema bildenden Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht ausdehnen. Eine solche Ausdehnung des richterlichen Beurteilungszeitraums ist jedoch - analog zu den Voraussetzungen einer sachlichen Ausdehnung des Verfahrens auf eine ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage - nur zulässig, wenn der nach Erlass der Verfügung eingetretene, zu einer neuen rechtlichen Beurteilung der Streitsache ab jenem Zeitpunkt führende Sachverhalt hinreichend genau abgeklärt ist, die betreffende Frage mit dem bisherigen Streitgegenstand so eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und die Verfahrensrechte der Parteien, insbesondere deren Anspruch auf rechtliches Gehör, respektiert worden sind (siehe zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 15. Oktober 2015, 9C_540/2015, E. 3.1 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind vorliegend unbestrittenermassen erfüllt, weshalb der Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht bis zum von den Gerichtsgutachtern beurteilten Zeitpunkt (2./3. Februar 2016) auszudehnen ist. Der danach eingetretene Sachverhalt bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens.

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.



2.3 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). In Art. 7 Abs. 2 ATSG, der mit der 5. IVG-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, wird festgelegt, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Damit wurde gesetzlich verankert, dass die Zumutbarkeit nicht nach dem subjektiven Empfinden der versicherten Person, sondern nach objektiven Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Art. 7 Abs. 2 ATSG schreibt somit auf Gesetzesstufe das Erfordernis der Objektivierbarkeit fest, was seit jeher galt (BGE 135 V 215 E. 7.3; THOMAS GÄCHTER/ EVA SIKI, Sparen um jeden Preis?, Kritische Würdigung der geplanten Schlussbestimmung zur 6. IV-Revision, in: Jusletter vom 29. November 2010, S. 3).

2.4 Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.5 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. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist,



auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen der medizinischen Experten ab. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (BGE 135 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweisen).

3.

Zu prüfen ist vorab die Frage, ob das Gerichtsgutachten vom 1. Juni 2016 (act. G 18) eine rechtsgenügeliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt.

3.1 Zunächst ist festzuhalten, dass die Parteien weder in tatsächlicher noch rechtlicher Sicht Mängel an der gerichtsgutachterlichen Beurteilung vorgebracht haben.

3.2 Bei der Würdigung des Gerichtsgutachtens fällt ins Gewicht, dass es auf eigenständigen gründlichen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und diskutiert. Der rheumatologische Gerichtsgutachter legte insbesondere dar, weshalb die Beurteilung durch den rheumatologischen BEGAZ-Gutachter mangelbehaftet war (rheumatologisches Teilgerichtsgutachten vom 28. April 2016, S. 22, act. G 18). Die vom Beschwerdeführer geklagten Leiden wurden berücksichtigt und nachvollziehbar gewürdigt. Die darin vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Gestützt auf das beweiskräftige Gerichtsgutachten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter im Küchenbereich seit 14. März 2008 erheblich über 40% arbeitsunfähig gewesen ist (act. G 18, S. 32 f.). Hinsichtlich einer leidensangepassten



Tätigkeit (siehe hierzu die Antwort zu Frage 2.b, act. G 18, S. 32) werden folgende Arbeitsunfähigkeiten bescheinigt: 100%ige Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisation in Valens vom 20. Juli bis 10. August 2009, anschliessend 100%ige Arbeitsfähigkeit, ab August 2013 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ab April/Mai 2015 70%ige Arbeitsunfähigkeit mit langsamer zwischenzeitlicher Steigerung auf die im Zeitpunkt des Gutachtens attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 18, S. 32 f.).

4.

Auf der Grundlage der von den Gerichtsgutachtern vorgenommenen Arbeitsfähigkeitsschätzung verbleibt die Bestimmung des Invaliditätsgrads.

4.1 Angesichts dessen, dass keine repräsentative Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens besteht (siehe zu den erheblich schwankenden Einkommen im IK-Auszug IV-act. 9), ist für deren Festsetzung entsprechend der Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Anforderungsniveau 4, Männer, abzustellen. Da die beiden Vergleichseinkommen somit auf derselben Grundlage zu berechnen sind, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2011, 9C_882/2010, E. 7.1).

4.2 Zu klären ist damit noch die Frage der Höhe des Tabellenlohnabzugs bei der Bestimmung des Invalideneinkommens. Dem Beschwerdeführer ist lediglich noch eine Teilzeiterwerbstätigkeit zumutbar ("rund fünf Stunden täglich mit 10%iger Leistungseinschränkung", act. G 18, S. 31; zum Teilzeitabzug bei Männern siehe etwa Urteil des Bundesgerichts vom 24. September 2015, 8C_463/2015, E. 3.1 am Schluss). Zusätzlich bestehen qualitative Anforderungen an eine leidensangepasste Tätigkeit, die das dem Beschwerdeführer noch offen stehende Spektrum möglicher Erwerbstätigkeiten erheblich einschränken ("lediglich noch ausschliesslich körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, ohne rückenbelastende Arbeitspositionen in vorgeneigter und/oder abgedrehter Haltung, nicht in monotoner, sitzender oder stehender Zwangshaltung, ohne längerdauernde Arbeiten über Kopf, nicht auf vibrierenden Maschinen, auf Leitern, Gerüsten oder Dächern und ohne Witterungs-Kälteexposition", act. G 18, S. 31 und S. 32). Insgesamt fällt damit ein



Tabellenlohnabzug zwischen 10 bis 15% in Betracht. Die Frage, auf welche der beiden in Frage kommenden Höhe abzustellen ist, kann mangels Relevanz für die Anspruchshöhe offen bleiben.

4.3 Die Anmeldung des Versicherten zum IV-Leistungsbezug erfolgte am 6. August 2008 (IV-act. 1). Das Wartejahr im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war am 1. März 2009 erfüllt (vgl. zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit act. G 18, S. 32). Nach Ablauf des Wartejahres bescheinigten die Gerichtsgutachter dem Beschwerdeführer bis zur Hospitalisation vom 20. Juli bis 10. August 2009 keine Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (vgl. die damit zu vereinbarende Einschätzung von Dr. B.____ vom 22. Oktober 2008, IV-act. 18-4). Eine Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten erscheint allein aufgrund der Hospitalisation begründet. Es war daher bereits vor der Hospitalisation absehbar, dass keine bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit im Sinn von Art. 8 Abs. 1 IVG drohte. Ein (befristeter) Anspruch auf eine Rente für diesen kurzen Zeitraum der Hospitalisation fällt daher ausser Betracht. Für die Zeit ab August 2013 bis 31. März 2015 ist von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen (act. G 18, S. 32). Für diese Zeit resultiert ein Invaliditätsgrad von 100%. Für die Zeit ab 1. April 2015 bis zur Begutachtung vom 2./3. Februar 2016 bescheinigten die Gerichtsgutachter eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten, woraus ein Invaliditätsgrad von - je nach Höhe des Tabellenlohnabzugs - 73% ($70\% + [30\% \times 10\%]$) bzw. 75% ($70\% + [30\% \times 15\%]$) resultiert. Ab 2./3. Februar 2016 ist von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die - je nach Höhe des Tabellenlohnabzugs - zu einem 55%igen ($50\% + [50\% \times 10\%]$) bzw. 58%igen Invaliditätsgrad ($50\% + [50\% \times 15\%]$) führt. In Nachachtung der Anpassungsbestimmung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) hat der Beschwerdeführer aufgrund des bis 2./3. Februar 2016 eingetretenen Sachverhalts für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis 31. Mai 2016 Anspruch auf eine ganze Rente und ab 1. Juni 2016 Anspruch auf eine halbe Rente. Die Frage, ob sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit 4. Mai 2016 verschlechtert hat (vgl. act. G 16), kann vorliegend offen bleiben, da sie in zeitlicher Hinsicht nicht den Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens betrifft.

5.



St.Galler Gerichte

5.1 Nach dem Gesagten ist dem Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis 31. Mai 2016 eine ganze und ab 1. Juni 2016 eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtspflege am 19. Juli 2013 bewilligt (act. G 4). Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1] i.V.m. Art. 123 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272])

5.3 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. 1'000.-- erscheint mit Blick auf den mit dem Gerichtsgutachten zusammenhängenden Mehraufwand als angemessen. Aufgrund der erst ab 1. August 2013 im Rahmen der Ausdehnung des Streitgegenstands zugesprochenen Rentenleistungen obsiegt der Beschwerdeführer nur teilweise. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Gerichtskosten zu zwei Dritteln dem Beschwerdeführer und zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- hat die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 333.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 667.-- zu bezahlen. Zuzugabe unentgeltlicher Rechtspflege ist der Beschwerdeführer von der Bezahlung seines Anteils zu befreien.

5.4 Zu prüfen bleibt die Verteilung der Kosten für das Gerichtsgutachten.

5.4.1 Die Beschwerdegegnerin beantragt, es seien ihr lediglich Kosten bis zur Höhe von Fr. 9'536.90 zu überbinden. Die mit dem Gerichtsgutachten beauftragte MEDAS Zentralschweiz habe sich nicht an die hier massgebende Tarifvereinbarung zwischen dem BSV und der MEDAS Zentralschweiz gehalten. Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung allein auf das Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2014, 9C_217/2014 (act. G 26). Unbestritten ist, dass die Einholung eines Gerichtsgutachtens im vorliegend zu beurteilenden Fall erforderlich war (zu den Mängeln des BEGAZ-



Gutachten vgl. etwa rheumatologisches Teilgerichtsgutachten vom 28. April 2016, S. 22, act. G 18).

5.4.2 Der Einwand der Beschwerdegegnerin zu den Kosten des Gerichtsgutachtens macht es erforderlich, die herrschende Rechtslage zu den Beweismassnahmen der kantonalen Sozialversicherungsgerichte darzustellen. Gemäss Art. 61 ATSG bestimmt sich das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht grundsätzlich nach kantonalem Recht. Art. 61 lit. c ATSG gibt den Kantonen bezüglich der hier interessierenden Thematik einzig vor, dass das kantonale Versicherungsgericht die notwendigen Beweise zu erheben habe. Von Bundesrechts wegen bestehen für das kantonale Versicherungsgericht keine konkreten Vorgaben hinsichtlich des Kostenumfangs für Sachverständige bzw. Gerichtsgutachten. Entsprechende Normen enthält das kantonale Recht (Tarifvertrag TARMED zwischen den Versicherern gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung und der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte [FMH]; Art. 3 der Verordnung über die Entschädigung der Ärzte für amtliche Verrichtungen [sGS 311.5] in Verbindung mit Art. 24 Abs. 1 der Gerichtskostenverordnung [sGS 941.12] in Verbindung mit Art. 98 Abs. 1 lit. d des Gerichtsgesetzes [sGS 941.1]). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Verteilung von Kosten für Gerichtsgutachten die Bestimmung von Art. 45 Abs. 1 ATSG anwendbar (BGE 137 V 265 E. 4.4.2). Laut dieser Bestimmung übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Art. 45 Abs. 1 ATSG regelt damit lediglich, unter welchen Voraussetzungen der Versicherungsträger die Abklärungskosten zu tragen hat. Er greift nicht in die kantonale Regelungskompetenz für das Beschwerdeverfahren gemäss Art. 61 ATSG ein. Er enthält auch keine Delegation von Kompetenzen zugunsten des BSV oder des Bundesgerichts zur Festsetzung einer für die unabhängigen kantonalen Versicherungsgerichte verbindlichen Pauschale betreffend die Entschädigung von Sachverständigen. Eine Norm des Bundesrechts, die eine generelle betragliche Beschränkung der Kostenüberbindung gestützt auf den gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung massgebenden Art. 45 Abs. 1 ATSG legitimieren würde, wird weder genannt noch ergibt sich eine solche aus dem geltenden Recht. Hinweise für eine vom Gericht zu



füllende Gesetzlücke sind nicht erkennbar, zumal im Kanton St. Gallen eine ausdrückliche Regelung besteht. Etwas Gegenteiliges ergibt sich auch nicht aus der von der Beschwerdegegnerin ins Feld geführten Rechtsprechung (BGE 137 V 210). Das Bundesgericht hat denn auch insoweit richtig anerkannt, dass der Vertrag zwischen dem BSV und den medizinischen Abklärungsstellen auf Gerichtsgutachten nicht direkt Anwendung finden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2014, 9C_217/2014, E. 4.2). Es wäre sodann mit der Unabhängigkeit der kantonalen Versicherungsgerichte nicht zu vereinbaren, wenn das BSV diesen - unbekümmert um die individuell-konkreten Umstände - mit fixen Höchstbeträgen für polydisziplinäre Gutachten einen Tarif vorschreiben könnte, zumal der Verwaltung dadurch Einfluss auf die Qualität von Gerichtsgutachten eingeräumt würde.

5.4.3 Ohnehin ist eine sich hauptsächlich an der Anzahl von Disziplinen orientierende Pauschale für gerichtliche Beweismassnahmen willkürlich, lässt sie doch die individuell-konkreten Umstände bzw. den dadurch determinierten Aufwand als Kardinalkriterium für eine Entschädigung gerade ausser Acht. Das Bundesgericht führt diesbezüglich aus, "ob eine medizinische Abklärungsstelle eine Expertise für ein Gericht oder eine IV-Stelle durchführt, hat auf den hierfür erforderlichen Zeitaufwand der an der interdisziplinären Begutachtung beteiligten Ärzte keinen Einfluss" (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2014, 9C_217/2014 E. 4.2). Dabei handelt es sich nicht um eine Begründung, sondern um eine Behauptung, die sich bei näherer Betrachtung als unzutreffend erweist. Bei den Gerichtsgutachten bzw. beim damit verbundenen Aufwand ist entscheidend, dass vom Gericht wohl immer ein Obergutachten eingeholt wird; es liegt mithin mindestens ein Gutachten bereits vor. Die von den medizinischen Sachverständigen zu berücksichtigende Aktenlage enthält damit nicht bloss - oftmals eher knapp begründete - Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen von behandelnden oder versicherungsinternen medizinischen Fachpersonen. Gerichtsgutachter haben sich zusätzlich mit den oft sehr umfangreichen Administrativgutachten auseinander zu setzen. Allein schon deren Lektüre ist im Vergleich zu gewöhnlichen medizinischen Berichten ungleich aufwendiger. Dabei sind die im Beschwerdeverfahren beauftragten Sachverständigen gerade mit Administrativgutachten konfrontiert, denen das Gericht keine Beweiskraft beigemessen hat bzw. welche die Komplexität des Sachverhalts aus der Sicht des Gerichts nicht spruchreif abzuklären vermocht haben. Die mit der Erstattung einer Gerichtsexpertise



beauftragten medizinischen Fachpersonen können sich damit auf die darin enthaltenen Ausführungen nicht verlassen. Vielmehr sind sie gezwungen, das umfangreiche Administrativgutachten in seiner Gesamtheit kritisch zu hinterfragen und zu überprüfen. Die darin enthaltenen Ausführungen oder klinischen Befunde können von den gerichtlich beauftragten Sachverständigen nicht einfach übernommen werden. Sie müssen zunächst unabhängig davon nochmals im Rahmen eigener Untersuchungen präzise festgestellt und danach noch sorgfältig mit den Erkenntnissen der Administrativgutachter sowie den übrigen Vorakten verglichen werden. Allfällige Abweichungen sind darüber hinaus ausführlich zu begründen. Hinzu kommt, dass erfahrungsgemäss nach der Erstattung des Administrativgutachtens u.a. im Rahmen des nachgelagerten Einwandverfahrens zusätzliche medizinische Unterlagen in die Akten fliessen, was zwangsläufig zu weiterem Aufwand für ein späteres Gerichtsgutachten führt. Den mit der Erstattung eines Gerichtsgutachtens beauftragten Sachverständigen obliegt im Rahmen einer sorgfältigen Auftragserfüllung auch die Lektüre der im Beschwerdeverfahren ergangenen, oft umfangreichen Rechtsschriften samt Beilagen, enthalten diese doch häufig auch medizinisch relevante Aussagen, insbesondere kritische und kontroverse Standpunkte bezüglich der medizinischen Aktenlage. Regelmässig finden sich darin auch rechtliche Ausführungen, welche die Sachverständigen aufgrund der zunehmenden Einflussnahme der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auf die medizinische Sachverhaltsabklärung (vgl. den Hinweis des Chefarztes der MEDAS Zentralschweiz auf BGE 141 V 281 als neuer "Kostentreiber", act. G 21) im Rahmen des Aktenstudiums nicht unberücksichtigt lassen können. Zumindest haben die Gerichtsgutachter mit einer sorgfältigen Lektüre dieser Schriftsätze dafür besorgt zu sein, keine für sie relevanten Gesichtspunkte ausser Acht zu lassen. Diese genannten komplexen und vielfältigen Umstände führen offensichtlich zu einem erheblichen zusätzlichen Mehraufwand, von dem der Administrativgutachter verschont bleibt bzw. dem die BSV-Pauschale nicht - zumindest nicht hinreichend - Rechnung trägt. Das Bundesgericht, das es ohne tiefere Auseinandersetzung mit dem Inhalt von Gerichtsgutachten für nicht verständlich hält, wenn die Kosten für ein MEDAS-Gutachten je nach Auftraggeber unterschiedlich wären (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2014, 9C_217/2014, E. 4.2), verkennt demnach die vergleichsweise erhöhte Vielfalt sowie Komplexität der gerichtsgutachterlichen Beurteilung und damit den tatsächlich hierfür im Rahmen einer umfassenden und



sorgfältigen Bearbeitung anfallenden Aufwand. Es lässt auch unberücksichtigt, dass hinsichtlich der Beweiskraft Unterschiede zwischen den beiden Kategorien bestehen. Dem Gerichtsgutachten wird vergleichsweise höherer Beweiswert zugemessen. Die Rechtsprechung hat betreffend Gerichtsgutachten ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (BGE 135 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweisen). Dieser im Vergleich zum Administrativgutachten vorrangigen Bedeutung des Gerichtsgutachtens hat einerseits das Gericht Nachachtung zu verschaffen, indem es ausschliesslich sehr hohen fachlichen Ansprüchen genügende Experten innerhalb und ausserhalb der MEDAS mandatiert, die über eine ausgewiesene tiefe und langjährige Erfahrung in ihren Fachdisziplinen verfügen. Eine Anstellung bei irgendeiner MEDAS bietet hierzu für sich allein betrachtet noch keine Gewähr. Andererseits haben auch die vom Gericht unter Strafdrohung beauftragten Sachverständigen das Höchstmass an Sorgfalt bei der Erstattung der Expertise anzuwenden, wofür die nötige Zeit zur Verfügung stehen muss.

5.4.4 Von Belang ist im hier zu beurteilenden Fall, dass der Chefarzt der MEDAS Zentralschweiz auf Nachfrage des Versicherungsgerichts schlüssig dargelegt hat, weshalb der von ihm geltend gemachte Aufwand über der BSV-Pauschale zu liegen kam (siehe E-Mail vom 8. Juni 2016, act. G 21). Hervorzuheben ist, dass das vorliegende Administrativgutachten einschliesslich der Teilgutachten 75 Seiten umfasst (IV-act. 139). Der Umfang der Aktenlage nahm in der Folge noch weiter zu (siehe IV-act. 140, IV-act. 144-1, IV-act. 149 f.). Dabei fällt ins Gewicht, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der Diskrepanzen im BEGAZ-Gutachten eine RAD-Untersuchung veranlasste (RAD-Untersuchungsbericht vom 6. Februar 2013, IV-act. 161) und zusätzlich ein rheumatologisches Konsilium vom 22. Januar 2013 einholte (IV-act. 160). Im Licht dieser komplexen Voraktenlage sowie der zusätzlich im Beschwerdeverfahren produzierten Schriftsätze kann keine Rede davon sein, die Situation für die gerichtsgutachterliche Beurteilung sei hinsichtlich des Aufwands der Sachverständigen mit einer erstmaligen Begutachtung im Verwaltungsverfahren vergleichbar. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch keine konkreten Anhaltspunkte vorgebracht, die auf einen nicht notwendigen Aufwand durch die Experten der MEDAS



Zentralschweiz hinweisen würden. In tatsächlicher Hinsicht steht damit fest, dass der gesamte in Rechnung gestellte Betrag im Rahmen der Erstellung des Gerichtsgutachtens notwendig gewesen ist bzw. kein objektiv nicht gerechtfertigter Aufwand betrieben wurde, der über eine sorgfältige und zweckmässige Begutachtung hinausgeht. Weder geltend gemacht noch erkennbar ist sodann, dass das Honorar der MEDAS Zentralschweiz die massgebenden kantonalen Bestimmungen (siehe hierzu vorstehende E. 5.4.2) verletzt. Es besteht sodann keine Rechtfertigung, den von kantonalen Rechts wegen anwendbaren und bewährten TARMED Tarif wegen einer vom BSV mit vereinzelt Experten für eine bestimmte Kategorie von medizinischen Gutachten ausgehandelten Pauschale im vorliegenden Fall in Frage zu stellen.

5.4.5 Zu erinnern bleibt, dass die Gerichte dazu berufen sind, nach Massgabe der Gesetze im konkreten Fall Recht zu sprechen. Sie haben nicht - ohne Rücksicht auf die anderslautende gesetzliche Grundlage (vgl. hierzu vorstehende E. 5.4.2) - Finanzpolitik auf Kosten der Qualität von Gerichtsexpertisen zugunsten der Versicherungsträger zu betreiben. Ein allein finanzpolitisch motivierter genereller Höchstbetrag hat zur Folge, dass die Anordnung einer gerichtlichen Beweismassnahme durch sachfremde, ausserhalb des Verfahrens liegende Umstände beeinflusst wird. Das Gericht hat bei der Auswahl seiner Sachverständigen unabhängig zu sein. Durch eine (mittelbare) Verpflichtung der Gerichte auf einen von der Verwaltung für nicht gerichtliche Abklärungsmassnahmen mit einem von ihr ausgewählten Kreis von Gutachterstellen ausgehandelten Pauschalbetrag, der grundsätzlich unbesehen der konkreten Verhältnisse gelten sollte, würden elementare rechtsstaatliche Anforderungen an einen fairen Prozess verletzt. Die Bindung an einen Pauschalbetrag für das Gerichtsgutachten würde sodann den Expertenkreis für Gutachten mit überdurchschnittlich hohem Aufwand einschränken. Wie sich aus der Erfahrung mit der Vergabe von Gerichtsgutachten ergibt und im Übrigen gerichtsnotorisch sein dürfte, sind Sachverständige lediglich dann zur Erstattung einer Expertise bereit, wenn sie zumindest kostendeckend entschädigt werden. Dies hängt primär vom individuell-konkreten Aufwand ab, den die fragliche Pauschale zwangsläufig nicht erfasst. Im Gegensatz zum Verwaltungsverfahren sind im Rahmen von Gerichtsgutachten in aller Regel überdurchschnittlich aufwendige Beurteilungen zu erstatten (vgl. hierzu vorstehende E. 5.4.3). Die zwischen dem BSV und den MEDAS vereinbarte Pauschale berücksichtigt dies nicht. Vielmehr liegt dieser das Massengeschäft der



Administrativgutachten zu Grunde. Dort ist der Streubereich mit Blick auf die Komplexität des Sachverhalts und des Aufwands der Sachverständigen weitaus grösser. Die grosse Anzahl an Administrativgutachten und deren möglichst gleichmässige Verteilung gemäss `suissemed@p` führen dazu, dass die Gutachterstellen auch Aufträge für Administrativgutachten mit unterdurchschnittlichem Aufwand erhalten und dadurch Administrativbegutachtungen, deren Aufwand über dem Durchschnittsfall eines Administrativgutachtens zu liegen kommt, in betriebsökonomischer Hinsicht zu kompensieren vermögen. Mitprägender Faktor für die betragsliche Festsetzung der Pauschale ist sodann die Marktmacht des BSV. Das BSV verfügt nicht bloss über ein dominierendes Auftragsvolumen, sondern bestimmt auch über eine Anerkennung eines Instituts als MEDAS (vgl. Art. 72bis IVV) und legt damit selbst den Adressatenkreis fest, der die Pauschale akzeptieren darf bzw. muss. Angesichts des eher geringen Auftragsvolumens, des überdurchschnittlichen Aufwands für die Bearbeitung von Gerichtsgutachten und da deren Auftragsvergabe - gerade wegen des vergleichsweise geringeren Volumens - nicht möglichst gleichmässig auf Experten verteilt wird, leuchtet es ein, dass die Pauschale bei der aufwendigen Erstattung von Gerichtsgutachten nicht kostendeckend sein kann. Das Bundesgericht wies schliesslich zu Recht darauf hin, dass aufgrund der für alle MEDAS und für alle polydisziplinären Gutachten vereinbarten identischen Auftragspauschale systemimmanent die Gefahr eines Fehlanreizes in qualitativer Hinsicht besteht, weil eine möglichst einfache Erledigung Kapazitäten für weitere (pauschal entschädigte) Begutachtungen schafft (BGE 137 V 238 E. 2.4.2; vgl. auch die kritische Einschätzung des Bundesgerichts zu Pauschalen in BGE 137 V 244 E. 3.2). Eine Ausdehnung dieser systemimmanenten Gefahr von Pauschalen auch noch auf die Ebene des Gerichtsverfahrens ist indessen auszuschliessen, selbst wenn keine diesbezügliche kantonale Regelung bestehen würde (vgl. hierzu E. 5.4.2).

5.4.6 In Nachachtung der vorstehend dargelegten Rechtslage hat die Beschwerdegegnerin die Gutachterkosten von Fr. 13'903.55 in vollem Umfang zu bezahlen.

5.5 Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der



St.Galler Gerichte

Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Da der Beschwerdeführer teilweise obsiegt, hat er einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Bei vollständigem Obsiegen wäre aufgrund des mit dem Gerichtsgutachten verbundenen Mehraufwands eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- zugesprochen worden. Wegen des nur teilweisen Obsiegens im Umfang von einem Drittel erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als gerechtfertigt.

5.6 Das aufgrund des hälftigen Obsiegens nicht von der Beschwerdegegnerin zu bezahlende Honorar von Fr. 3'000.-- ist im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu vergüten und deshalb um 20% zu reduzieren (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist somit vom Staat mit Fr. 2'400.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird in Aufhebung der angefochtenen Verfügung insoweit gutgeheissen, als dem Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. August 2013 bis 31. Mai 2016 eine ganze und ab 1. Juni 2016 eine halbe Rente zugesprochen wird. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.



St.Galler Gerichte

Die Beschwerdegegnerin hat einen Anteil an der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 333.-- zu bezahlen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung seines Anteils an der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 667.-- befreit.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 13'903.55 zu bezahlen.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

5.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'400.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).