



**Fall-Nr.:** IV 2013/423  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.06.2020  
**Entscheiddatum:** 01.10.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 01.10.2015**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Gutachten. Gutachten beweiskräftig. Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit verwertbar. Kein Rentenanspruch. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. Oktober 2015, IV 2013/423).**

Entscheid Versicherungsgericht, 01.10.2015

#### **Entscheid vom 1. Oktober 2015**

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Joachim Huber,  
Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

Geschäftsnr.

IV 2013/423

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Curdin Conrad, Büelstrasse 3, 9030 Abtwil SG,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 30. Juli 2007 unter Hinweis auf einen Unfall zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Der Versicherte erlernte von 1965 bis 1968 den Beruf als Bäcker-Konditor, übte den Beruf bis 1979 aus, machte später eine Ausbildung als SBB-Kondukteur, kehrte zu seinem ursprünglichen Beruf zurück bzw. übte diverse Hilfstätigkeiten aus und machte sich nach einer Phase der Arbeitslosigkeit in der Branche des Tennisplatzunterhalts selbständig (IV-act. 46-2 und 77-2).

A.b Gemäss vorläufigem Austrittsbericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 23. Juli 2007 hatte sich der Versicherte am 17. Juli 2007 wegen einer entgleisten lumboradikulären Schmerz- und Ausfallssymptomatik vom Typ L4-S1 links auf der zentralen Notfallstation des KSSG vorgestellt. In der radiologischen Untersuchung habe ein sequestrierter Bandscheibenvorfall L4/5 links nachgewiesen werden können. Nach einer komplikationslosen Operation habe sich der postoperative Verlauf problemlos gestaltet. Der Versicherte habe am 23. Juli 2007 beschwerdefrei entlassen werden können (IV-act. 6).

A.c Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, gab im Bericht vom 10. August 2007 an, dass dem Versicherten seine bisherige Tätigkeit als Unternehmer für Hallentennisplatzreinigung nicht mehr zumutbar sei. In einer leichten Tätigkeit im Bürobereich wäre er zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 14).

A.d Im Arztbericht vom 13. September 2007 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, von einer ausgeprägten Fussheberschwäche links mit Quadrizepsschwäche und Sensibilitätsstörung im linken Bein nach der



Diskushernienoperation. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Jede Tätigkeit, bei welcher der Versicherte das linke Bein nicht deutlich brauche, sei theoretisch zumutbar (IV-act. 21). Im Verlaufsbericht vom 7. Juli 2008 hielt Dr. C.\_\_\_\_ eine Verbesserung des Gesundheitszustands fest. Unter weitgehender Schonung leide der Versicherte an praktisch keinen Beschwerden mehr. Er sei jedoch nicht mehr in der Lage weit zu gehen, könne das linke Bein weniger belasten respektive habe weniger Halt wegen der persistierenden Parese (IV-act. 38).

A.e Im Arztbericht vom 11. März bzw. 8. April 2009 diagnostizierten die Ärzte des Interdisziplinären Beckenbodenzentrums, KSSG, Schmerzen bei gefüllter Ampulla recti, Verbesserung nach Defäkation, differentialdiagnostisch hypersensitives Rektum, tubuläre Adenome im Sigma, hyperplastische Polypen im Rektum, leichte Sigmadivertikulose sowie Diskushernie L4/5 (IV-act. 59).

A.f Der Versicherte wurde am 17. und 18. August 2009 in der Medizinischen Abklärungsstelle Ostschweiz (MEDAS) polydisziplinär begutachtet. Im MEDAS-Gutachten vom 23. September 2009 wurden ein chronisches lumbovertebrales Syndrom mit spondylogener Komponente und ein residuelles leichtes lumboradikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 links, links perianale bis medial gluteale Sensibilitätsstörung und neurogene Defäkationsstörung sowie ein dringender Verdacht auf Zykllothymie mit der Differentialdiagnose einer hyperthymen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Aus somatischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche körperlich schweren Berufstätigkeiten und überwiegend mittelschweren körperlichen Tätigkeiten, so auch in der zuletzt ausgeführten selbständigen Erwerbstätigkeit. In körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne längere Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, Heben/ Tragen von Lasten über 15 kg, des weiteren ohne Ausführung von Aufgaben mit komplexeren Planungs- und Organisationsfunktionen, Aneignung von abstraktem Wissen und Umgang mit schwierigen oder unzufriedenen Menschen könne aus gesamtmedizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden, sofern dem Beschwerdeführer rezidivierende Pausen zur Durchführung von Entspannungsübungen/Einnahme von Entlastungsstellungen im Rahmen von ca. 1 Stunde, verteilt über den Tag bei ganztägigem Arbeitspensum, zugebilligt würden (IV-act. 77).



## St.Galler Gerichte

A.g Mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2009 stellte die IV-Stelle gestützt auf das MEDAS-Gutachten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 81). Mit Einwand vom 7. Dezember 2009 beantragte der Versicherte, der Vorbescheid vom 21. Oktober 2009 sei vollumfänglich aufzuheben, es sei der Invaliditätsgrad neu zu berechnen und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Es sei ein betriebswirtschaftliches Gutachten zu erstellen und das Valideneinkommen korrekt zu ermitteln (IV-act. 85). Mit Verfügung vom 4. Januar 2010 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab (IV-act. 86).

A.h Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte mit Schreiben vom 3. Februar 2010 Beschwerde. Die bisherigen Untersuchungen seien lückenhaft, die bereits in Auftrag gegebenen weiteren Abklärungen seien zu berücksichtigen und möglicherweise weitere Untersuchungen vorzunehmen (IV-act. 90). Mit Verfügung vom 13. April 2010 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 4. Januar 2010. Sobald die notwendigen Abklärungen durchgeführt worden seien, werde eine neue Verfügung zugestellt (IV-act. 119). Durch diesen Widerruf wurde das laufende Verfahren vor dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 2. Juni 2010 abgeschrieben (IV-act. 129).

A.i Der Versicherte wurde am 21. und 22. Februar sowie am 1. März 2011 erneut in der MEDAS polydisziplinär begutachtet. Im MEDAS-Verlaufsgutachten vom 8. Juni 2011 attestierten die Gutachter unverändert eine dauerhafte volle Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeführten selbständigen Tätigkeit. Bei subjektiver Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der MEDAS-Vorbegutachtung habe klinisch weder aus somatischer noch psychiatrischer Sicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes objektiviert werden können. Die zwischenzeitlich zusätzlich festgestellten Pathologien (Pseudarthrose nach postoperativer Fraktur des Ramus articularis inferior von LKW4 links, linksbetonte aneurysmatische Erweiterungen der A. iliaca communis ohne Perfusionsstörung der Becken-/Beinstrombahn) würden keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit in körperlich adaptierten Tätigkeiten begründen (IV-act. 162).

A.j Im Sprechstundenbericht der Klinik für Chirurgie, KSSG, vom 1. April 2011 diagnostizierten die Ärzte ein hypersensitives Rektum mit Defäkationsschmerzen und Verdacht auf ODS, Status nach Abtragung von tubulären Adenomen im Sigma (Februar



2009), eine leichte Sigmadivertikulose sowie Status nach Discushernienoperation L4/5 ca. 2007. Die Ärzte des Interdisziplinären Beckenbodenzentrums, KSSG, hielten im Bericht vom 27. April 2011 zur diagnostizierten Dyssynergie mit hypersensitivem Rektum fest, es müsse davon ausgegangen werden, dass primär die Rückenschmerzen im Vordergrund des Geschehens seien. Diese chronischen Rückenschmerzen würden wahrscheinlich reaktiv zur Dyssynergie mit dem Gefühl einer inkompletten Stuhlentleerung führen. Die Ärzte der Klinik für Neurologie, KSSG, gaben im Bericht vom 28. April 2011 an, dass sich beim Fehlen von neurologischen Ausfallserscheinungen aktuell keine neurologische Ursache für die berichteten Beschwerden des Versicherten zeigen würde. Der klinische Befund spreche am ehesten für eine Blockade des Iliosakralgelenks beidseits rechtsbetont, welche die punktförmigen lumbalen, beim Sitzen zunehmenden Schmerzen gut erklären würden (IV-act. 157 1-7). Mit Schreiben vom 5. September 2011 gab Dr. med. D.\_\_\_\_, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, als MEDAS-Gutachter an, das Sakroiliakgelenk habe sich anlässlich der medizinischen Verlaufsbeurteilung beidseits reizlos präsentiert, es hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Sakroiliakgelenks-Dysfunktion gefunden. Nach Würdigung der medizinischen Berichte des KSSG würden sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben, welche zu einer anderen Einschätzung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. der Arbeitsfähigkeit des Versicherten führen könnten (IV-act. 178).

A.k Im Schreiben vom 28. Juli 2011 gab Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, Zentrum F.\_\_\_\_, an, dass der Versicherte seit August 2010 wegen lumbalen und neu Nackenbeschwerden bei ihm in Behandlung sei. Seit einer Diskushernie lumbal (13. Juli 2007) sei der Versicherte gänzlich arbeitsunfähig (IV-act. 170). Die RAD-Ärztin hielt in der Stellungnahme vom 14. September 2011 diesbezüglich fest, dass gemäss dem klinischen und radiologischen Befund von Dr. E.\_\_\_\_ kein schwerwiegendes Krankheitsbild vorliege, insbesondere seien keine sensomotorischen Ausfälle vorhanden. Aus diesen neu beklagten Nackenbeschwerden lasse sich keine IV-rechtliche Verschlechterung des Gesundheitszustands mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ableiten (IV-act. 181). Im Schreiben vom 31. Oktober 2011 an den Rechtsvertreter des Versicherten äusserte sich Dr. E.\_\_\_\_ zur Diskrepanz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem MEDAS-Gutachten und seiner Einschätzung. Die im Gutachten beschriebene Leistungsfähigkeit in einer adaptierten



Tätigkeit sei nach seiner Beurteilung weit weg von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit. Es sei Aufgabe der Sozialversicherungsanstalt eine Arbeit zu beschreiben, deren Anforderungsprofil diesem Leistungsprofil entspreche. Zudem beruhe seine Einstufung auch auf Kenntnis von den neu aufgetretenen Beschwerden im Nacken-/Schulterbereich, welche im Gutachten nicht erwähnt würden. Es würden sich röntgenologisch erhebliche Abnutzungsveränderungen an der Halswirbelsäule in den Segmenten HWK 5/6 und HWK 6/7 finden. Der Versicherte zeige eine deutlich eingeschränkte Kopfbeweglichkeit in allen Ebenen. Er könne keine Tätigkeiten mit fixierter Kopfhaltung ausüben, da dadurch seine Nackenschmerzen rasch ansteigen würden (IV-act. 195).

A.l In der ELAR-Notiz vom 20. Dezember 2011 führte die Eingliederungsberaterin eine Liste mit Berufen auf, welche der Versicherte gemäss der Spezifikation einer adaptierten Tätigkeit noch ausüben könne (IV-act. 197).

A.m Am 11. Januar 2012 führte Dr. E.\_\_\_\_ folgende Operation durch: Ventral interkorporelle Spondylodese C5/6 und C6/7, Beckenspan von rechts, Morscherplatte. Er diagnostizierte eine Zervikobrachialgie, Osteochondrose C5/6, C6/7 (IV-act. 203-3). Im Verlaufsbericht vom 5. Juli 2012 gab Dr. E.\_\_\_\_ an, dass sich die Nackenbeschwerden nach der Halswirbelsäulenoperation eindeutig gebessert hätten. Aufgrund der Halswirbelsäulenproblematik sei der Versicherte 4 Stunden (2x 2 Stunden) pro Tag arbeitsfähig mit einer Gewichtslimite unter 10 kg Heben/Tragen (IV-act. 216).

A.n Gemäss Bericht der Neurochirurgie, KSSG, vom 20. Juli 2012 habe sich bis auf die HWS-Operation seit der Durchführung des MEDAS-Gutachtens nichts an der Diagnose geändert. Auch die vom Versicherten beklagten Blähungen/Defäkationsstörungen seien damals schon erwähnt worden (IV-act. 217). In der RAD Stellungnahme vom 1. Oktober 2012 wurde festgehalten, dass durch die Halswirbelsäulenoperation die Gewichtslimite gemäss Dr. E.\_\_\_\_ nun unter 10 kg liege, ansonsten seien die Adaptationskriterien unverändert bezüglich einer leidensadaptierten Tätigkeit. Eine IV-relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes könne nicht abgeleitet werden (IV-act. 218).



## St.Galler Gerichte

A.o Mit Vorbescheid vom 10. Oktober 2012 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Die umfangreichen Abklärungen hätten ergeben, dass der Versicherte in einer adaptierten körperlich leichten Tätigkeit weiterhin voll arbeitsfähig sei. Es wurde ein Invaliditätsgrad von 0% ermittelt (IV-act. 222).

A.p Mit Einwand vom 14. November 2012 machte der Versicherte geltend, dass er aufgrund seiner Persönlichkeit als Arbeitnehmer untragbar sei. Mit den gesundheitlichen Einschränkungen sei ihm eine selbständige Tätigkeit nicht möglich, weshalb er Anspruch auf eine ganze Rente habe. Gemäss Dr. E. \_\_\_ sei er maximal zu 50% arbeitsfähig. Desweiteren gebe es keine Stellen, welche dem Anforderungsprofil des Versicherten entsprechen würden (IV-act. 223).

A.q Mit Schreiben vom 2. April 2013 bringt der Versicherte vor, dass die Defäkationsstörung nie explizit bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung mit einbezogen worden sei (IV-act. 230). Er legte einen Bericht des Interdisziplinären Beckenbodenzentrums, KSSG, vom 26. März 2013 bei, worin festgehalten wurde, dass bei einer schmerzbedingten Defäkationsstörung durch die chronischen Lumbalschmerzen die Arbeitsfähigkeit erfahrungsgemäss maximal 50% betrage (IV-act. 231). In der Stellungnahme vom 30. Mai 2013 hielt RAD-Ärztin Dr. G. \_\_\_ demgegenüber fest, dass die beklagten Defäkationsbeschwerden schon bisher in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit einbezogen worden seien (IV-act. 232).

A.r Mit Verfügung vom 27. Juni 2013 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab. Dass der Versicherte für einen Arbeitgeber als Arbeitnehmer nicht tragbar sein solle, sei nicht ausgewiesen. Die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte sei bekannt. Demgegenüber gehe sowohl die gutachterliche Einschätzung als auch die des RAD von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus (IV-act. 234).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 2. September 2013. Der Beschwerdeführer beantragt unter Kosten- und



Entschädigungsfolge die Aufhebung der Verfügung vom 27. Juni 2013 und die Zusprache einer Rente. Eventualiter sei die Angelegenheit zwecks Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin habe ihren Entscheid ohne vollständige Kenntnis aller Diagnosen getroffen. Im Kantonsspital Münsterlingen sei eine ISG-Dysfunktion festgestellt worden. Diese neue Diagnose sei weder von der MEDAS noch von der Beschwerdegegnerin berücksichtigt worden. Weiter widerspreche die volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit der Arbeitsfähigkeitseinschätzung verschiedener Spezialärzte. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS und die Beschwerdegegnerin sei nicht nachvollziehbar. Zudem sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner sehr ausgeprägten hyperthyemen und querulatorischen Züge jedem Arbeitgeber und unabhängig von der Aufgabe unzumutbar. In somatischer und psychiatrischer Hinsicht seien die Möglichkeiten derart eingeschränkt, dass keine Tätigkeiten denkbar seien, die der Beschwerdeführer als selbständig Erwerbstätiger noch ausüben könnte. Der Beschwerdeführer beantragt eine mündliche Verhandlung (act. G 1).

B.b Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer drei Berichte des Kantonsspitals Münsterlingen vom 18. Juli 2013, 21. August 2013 und 23. August 2013 ein. Eine schlüssige Diagnose zur Erklärung der Entleerungsdysfunktion sowie auch der Beckenschmerzen habe es bisher nicht gegeben. Die Ärzte diagnostizierten eine ISG-Dysfunktion rechts mehr als links und eine ausgeprägte Darmentleerungsstörung seit 2007. Die Diagnose der ISG-Dysfunktion wurde nach der Durchführung einer ISG-Infiltration und einer Placebokontrolle bestätigt (act. G 1.3 ff.).

B.c Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die behandelnden Ärzte würden keine neuen Aspekte vorbringen, welche die Gutachter oder der RAD nicht gewürdigt hätten, es handle sich lediglich um eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts. Zudem erfülle das MEDAS-Gutachten alle Kriterien der Beweistauglichkeit. Weiter seien für den Beschwerdeführer noch diverse Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchführbar. Die Beschwerdegegnerin habe diverse Jobs aufgelistet, welche für den Beschwerdeführer in Frage kommen würden. Zudem sei es nicht ersichtlich, weshalb es dem Beschwerdeführer nicht zumutbar sein sollte, eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis anzunehmen (act. G 6).



## St.Galler Gerichte

B.d Mit Replik vom 5. Dezember 2013 hält der Beschwerdeführer unverändert am der Beschwerde fest (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 10).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Teilnahme an der mündlichen Verhandlung vom 1. Oktober 2015 verzichtet (act. G 15). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hielt anlässlich der mündlichen Verhandlung an den gestellten Anträgen fest. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass bei den MEDAS-Begutachtungen die Defäkationsstörung bagatellisiert und die ISG-Dysfunktion sowie die Beschwerden der Halswirbelsäule ignoriert worden seien. Zudem hätte zur Beurteilung der Defäkationsstörung ein Proktologe beigezogen werden sollen. Der Sachverhalt sei somit ungenügend abgeklärt und gewürdigt worden. Dr. H.\_\_\_\_ habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% und Dr. E.\_\_\_\_ von zunächst 100% und später 50% attestiert. Ein Arbeitsverhältnis verlange die Eingliederung und Unterordnung, was aufgrund der Persönlichkeit mit hyperthyemen und querulatorischen Zügen nicht möglich sei. Er sei dadurch zur Selbstständigkeit gezwungen gewesen. Aufgrund der Adaptationskriterien sei eine selbstständige Tätigkeit nicht möglich. Bei der persönlichen Anhörung räumte der Beschwerdeführer ein, dass die Operation im Kantonsspital Münsterlingen vom 26. September 2013 eine positive Auswirkung gehabt habe. Sein Rechtsvertreter reichte auf Anfrage der Vorsitzenden eine Kopie des entsprechenden Berichts vom 18. Oktober 2013 „Schmerztherapie“ zu den Akten (act. G 16). Der Beschwerdeführer machte geltend, seine Beschwerden im Rücken/Darm würden ihm weiterhin grosse Mühe machen. Er sei in den letzten 2 Jahren bei vier Neurologen zur Abklärung gewesen, die ihm alle nicht hätten helfen können. Nun habe er als letztes einen Termin in I.\_\_\_\_. Wenn das auch nichts bringe, müsse er sich mit seinem Zustand abfinden. Mit seinen Beschwerden habe er keine Arbeit ausführen können. Das RAV habe ihm denn auch keine geeignete Stelle zuhalten können. Er habe durchaus versucht, eine Stelle zu erhalten.

## Erwägungen

1.

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



2.

2.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) und am 1. Januar 2012 die Bestimmungen der IV-Revision 6a in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemein übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids bzw. im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 27. Juni 2013 ergangen (IV-act. 234), wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat (IV-Anmeldung im Juli 2007; vgl. IV-act. 1). Daher ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab 1. Januar 2008 auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1) bzw. auf die ab 1. Januar 2012 geltenden Normen der IV-Revision 6a. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2012 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben, soweit nicht ausdrücklich auf die altrechtlichen Bestimmungen verwiesen wird.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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).



2.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige 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 Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.4 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.5 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 In medizinischer Sicht stützt sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. Juni 2013 hauptsächlich auf das MEDAS-Verlaufsgutachten vom 8. Juni 2011, das am 5. September 2011 ergänzt wurde. Der Beschwerdeführer erachtet dieses Gutachten jedoch für nicht beweistauglich. Den Gutachtern sei es nicht gelungen, die wahre Ursache der massiven Becken- und Defäkationsbeschwerden herauszufinden und sie hätten die Diagnose einer ISG-Dysfunktion nicht berücksichtigt (act. G 1, S. 6).

3.2 Eine ISG-Dysfunktion wurde erstmals im Bericht vom 18. Juli 2013 des Kantonsspitals Münsterlingen diagnostiziert und schliesslich im Bericht vom 21. August 2013 für gesichert erachtet (vgl. act. G 1.1-3 f.). Die in diesem Bericht festgehaltenen Symptome und Beschwerden - wie langes Sitzen, Stehen oder längeres Laufen in gleicher Position (vgl. IV-act. 162-22 und act. G 1.1-3, S. 2) decken sich im Wesentlichen mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche bereits im MEDAS-Gutachten und im MEDAS-Verlaufsgutachten festgestellt worden sind (vgl. IV-act. 77-17, 21, 162-22, 34). In der Ergänzung der MEDAS vom 5. September 2011 führte der Gutachter zur damals von der Neurologie des KSSG erhobenen Verdachtsdiagnose aus, dass bei der Begutachtung keine Hinweise für eine ISG-Dysfunktion vorgelegen hätten (vgl. IV-act. 178-2). Es gibt keine Anhaltspunkte, dass die diesbezüglich durchgeführten Untersuchungen fehlerhaft gewesen wären, weshalb die Beweistauglichkeit des Gutachtens durch die später gestellte Diagnose nicht beeinträchtigt wird. Da zwischen einer Diagnose und der Arbeitsfähigkeit keine unmittelbare Korrelation besteht (vgl. BGE 140 V 193, E. 3.2 mit Hinweisen) und im Gutachten die geltend gemachten Beschwerden berücksichtigt wurden, führt die neue Diagnose des Kantonsspitals Münsterlingen nicht zwangsläufig zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, zumal auch die Ärzte des Kantonsspitals Münsterlingen keine abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen haben. Im Gegenteil konnte durch die Behandlung im Spital Münsterlingen sogar eine deutliche Verbesserung der Schmerzsituation erreicht werden (vgl. Bericht vom 18. Oktober 2013, act. G 16). Zwischen Schmerzbehandlung und Arbeitsfähigkeit ist denn auch in medizinischer Hinsicht klar zu unterscheiden. So hielten beispielsweise die Ärzte der Neurochirurgie, KSSG, mit Bericht vom 16. September 2010 u.a. fest, dass



eine weitere Operation der Wirbelsäule (wie eine dorsale Stabilisierung) höchstens der Schmerzbehandlung, nicht aber zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit führen würde (IV-act. 142-3). Soweit der Beschwerdeführer immer neue Ärzte bzw. Behandlungswege sucht, sind diese Vorkehren nicht ohne weiteres geeignet, die gutachterliche Beurteilung in Frage zu stellen (vgl. auch die Einschätzung des MEDAS-Gutachters Dr. J.\_\_\_\_, IV-act. 162-36).

3.3 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass verschiedene Spezialärzte in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Einschätzung der MEDAS widersprechen würden. Auch die von Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierten erheblichen zervikalen Beschwerden, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100% und nach der Operation von 50% geführt habe, sei im Verlaufsgutachten nicht erkannt und berücksichtigt worden. Hinzu komme, dass gemäss Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ bereits aufgrund der massiven Defäkationsprobleme eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestehe. Aufgrund der Akten sei eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% ausgewiesen (act. G 1, S. 6 ff.).

3.3.1 Im MEDAS-Verlaufsgutachten wurde unverändert als Hauptdiagnose ein chronisches lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom links, residuelles geringgradiges lumboradikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom L 5 links, links perianale/gluteale Sensibilitätsstörung und neurogene Defäkationsstörung diagnostiziert; in psychiatrischer Sicht wurde keine Verdachtsdiagnose einer Zykllothymie (F35.0) mehr, sondern eine Persönlichkeitsstörung mit hyperthymen und (neu) querulatorischen Anteilen (F60.8) festgehalten. Daraus lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit ableiten, hingegen dürfte der Beschwerdeführer wegen der unflexiblen Reaktionsmuster nicht einsetzbar sein für Tätigkeiten, die eine stärkere soziale Anpassung erforderten (IV-act. 162-42). Der Beschwerdeführer wurde in der bisherigen selbständigen Erwerbstätigkeit als Tennisplatzwart, in der Tätigkeit als Kondukteur sowie in der Tätigkeit als Bäcker/Konditor wie schon im Vorgutachten als voll arbeitsunfähig erachtet. Die subjektiv geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Vorgutachten habe klinisch weder aus somatischer noch psychiatrischer Sicht objektiviert werden können. Die in den zwischenzeitlich durchgeführten bildgebenden Abklärungen festgestellten zusätzlichen Pathologien (Pseudarthrose LKW4 links, linksbetonte aneurysmatische Erweiterungen der Aorta iliaca communis ohne Perfusionsstörung der Becken-/Beinstrombahn) würden keine



höhergradige Arbeitsunfähigkeit in körperlich adaptierten Tätigkeiten begründen. Eine Arbeitsunfähigkeit in körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne längere Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne Heben/Tragen von Lasten über 15 kg, des Weiteren ohne Ausführung von Aufgaben mit komplexen Planungs-/Organisationsfunktionen, Aneignung von abstraktem Wissen oder Umgang mit schwierigen oder unzufriedenen Menschen könne aus gesamtmedizinischer Sicht nach wie vor nicht begründet werden, sofern dem Beschwerdeführer rezidivierende Pausen zur Durchführung von Entspannungsübungen/Einnahme von Entlastungsstellungen gewährt würden (ca. 1 Stunde täglich, verteilt über den ganzen Tag bei ganztägigem Arbeitspensum; IV-act. 162-23).

3.3.2 Diese Sichtweise wird auch von den Ärzten der Neurochirurgie des KSSG geteilt. Bereits mit Bericht vom 16. September 2010 sahen sie seit der Begutachtung im September 2009 keine wesentlichen objektivierbaren Veränderungen. Was die Arbeitsfähigkeit anbelangt, verwiesen sie explizit auf das MEDAS-Gutachten (IV-act. 142-2 f.). Auch im Bericht vom 20. Juli 2012 hielten die Ärzte der Neurochirurgie des KSSG fest, dass sich unveränderte Diagnosen zeigten bis auf die durchgeführte HWS-Operation. Es seien unverändert belastungsabhängige Kreuzschmerzen und andernorts abgeklärte Defäkationsstörungen vorhanden, weshalb sich auch bezüglich Arbeitsunfähigkeit keine weiteren Argumente ergäben (IV-act. 217-4).

3.3.3 Im Arztbericht vom 27. Dezember 2010 gibt Dr. E.\_\_\_\_ an, dass der Beschwerdeführer in einer wechselbelastenden Tätigkeit ca. 2 bis 3 Stunden pro Tag arbeitsfähig sei (IV-act. 141-4). Weiter hält Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer durch die chronischen Rückenschmerzen in seiner Tätigkeit insofern behindert werde, dass längeres Sitzen, Stehen sowie vorgeneigte Tätigkeiten und das Bewältigen von Gewichten behindert sei. Wie weit die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei, lasse sich anhand der Unterlagen nicht festlegen (IV-act. 141-2). Im Bericht vom 28. Juli 2011 gab Dr. E.\_\_\_\_ an, dass neu Nackenbeschwerden aufgetreten seien und diagnostizierte eine Zervikobrachialgie rechtsbetont, Osteochondrose C5/6, C6/7. Der Beschwerdeführer sei seit 2007 gänzlich arbeitsunfähig. Eine Prognose bezüglich zukünftiger Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden (IV-act. 170).



3.3.4 RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 14. September 2011 fest, dass gemäss dem klinischen und radiologischen Befund von Dr. E.\_\_\_\_ kein schwerwiegendes Krankheitsbild vorliege, insbesondere seien keine sensomotorischen Ausfälle vorhanden. Aus den neu beklagten Nackenschmerzen lasse sich keine invalidenversicherungsrechtliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ableiten, weshalb unverändert an der MEDAS-Beurteilung festgehalten werden könne (IV-act. 181-2). Es kann offen bleiben, ob dieser Beurteilung des RAD uneingeschränkt zu folgen ist. Es geht nämlich aus dem Verlaufsbericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 7. März 2012 hervor, dass die am 11. Januar 2012 durchgeführte Operation (ventral interkorporelle Spondylodese C5/6 und C6/7, Beckenspan von rechts, Morscherplatte, IV-act. 203-3) erfolgreich war, im postoperativen Verlauf die Nackenbeschwerden sich deutlich besserten und die Prognose bezüglich der Halswirbelsäule positiv sei (IV-act. 203-1). Mit weiterem Bericht vom 5. Juli 2012 gab Dr. E.\_\_\_\_ weiterhin eine eindeutige Besserung der Nackenproblematik an; sie sei nicht mehr primär limitierend für die Leistungsfähigkeit. Neu bestehe eine Gewichtslimite von 10 kg für Heben und Tragen sowie keine Arbeiten in Zwangsposition oder vorgeneigt (IV-act. 216). In der Folge gelangte die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 1. Oktober 2012 zum Schluss, dass die Adaptationskriterien, wie sie im Verlaufsgutachten (ebenfalls keine Zwangspositionen, nicht vorgeneigt) angegeben wurden, nun von 15 kg neu auf 10 kg herabgesetzt würden (IV-act. 218). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind damit die nach dem Verlaufsgutachten im Juli 2011 neu in den Vordergrund getretenen Nackenbeschwerden damit ausreichend berücksichtigt, zumal selbst Dr. E.\_\_\_\_ diese nach erfolgreicher Behandlung im Januar 2012 nicht mehr als limitierend betrachtet.

3.3.5 Was die Kritik von Dr. E.\_\_\_\_ im Schreiben vom 31. Oktober 2011 zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Verlaufsgutachten betrifft, scheint diese in erster Linie am konkreten Arbeitsmarkt ausgerichtet zu sein, während für die Belange der Invalidenversicherung der theoretisch ausgeglichene Arbeitsmarkt massgebend ist (vgl. nachfolgende E. 4.2 und IV-act. 195). Die Diskrepanz in der Arbeitsfähigkeitsschätzung liegt insbesondere darin, dass Dr. E.\_\_\_\_ davon ausgeht, eine 100% Arbeitsfähigkeit sei mit den aufgeführten Adaptionkriterien grundsätzlich nicht möglich, bzw. die Beschwerdegegnerin müsse eine adäquate Tätigkeit definieren. Er macht jedoch nicht geltend, dass die berücksichtigten Beschwerden oder die festgestellten



Adaptionskriterien fehlerhaft seien. Somit ist die medizinische Beurteilung der Gutachter nicht zu beanstanden. Zudem wurden von der Beschwerdegegnerin auch konkrete zumutbare Tätigkeiten definiert (IV-act. 197).

3.3.6 Im Bericht vom 26. März 2013 führt Dr. H.\_\_\_\_ zur Frage der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer zumutbaren Tätigkeit aus, dass es sich um eine schmerzbedingte Defäkationsstörung durch die chronischen Lumbalschmerzen handle, welche scheinbar trotz neurochirurgischen Eingriffen persistierten. Die Arbeitsfähigkeit sei in einer solchen Situation erfahrungsgemäss als maximal 50% zu bewerten (IV-act. 231-2). Aus der allgemeinen und auf Erfahrungswerten beruhenden Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. H.\_\_\_\_ lässt sich für den konkreten Einzelfall nichts ableiten, zumal Dr. H.\_\_\_\_ keine Mängel am MEDAS-Verlaufsgutachten geltend macht und beispielsweise nicht anführt, die MEDAS-Gutachten seien schon deshalb fraglich, weil kein Proktologe mitgewirkt habe. Letzteres scheint denn auch nicht nötig, da die MEDAS-Gutachter die Berichte des Interdisziplinären Beckenbodenzentrums kannten und in ihre Beurteilung einschlossen und insoweit den Defäkationsstörungen Rechnung getragen wurde. Es fehlen Hinweise, dass diese bagatellisiert worden wären. Wie auch aus dem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ hervorgeht, ist das lumbale Schmerzsyndrom die Hauptdiagnose, die die Defäkationsstörungen verursachen. Von letzterem gingen auch die Ärzte der Neurochirurgie des KSSG aus (vgl. vorstehende E. 3.3.2).

3.4 Zusammenfassend bestehen keine erheblichen Zweifel an dem auf umfassenden Untersuchungen beruhenden, in Kenntnis der vollständigen Aktenlage und in Berücksichtigung des gesamten Leidensbildes ergangenen, nachvollziehbaren MEDAS-Verlaufsgutachten vom 8. Juni/9. September 2011. Es besteht kein Bedarf für die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen, nachdem die Nackenbeschwerden gebessert haben und nicht mehr als quantitativ limitierend betrachtet werden. Somit ist in einer adaptierten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit bei einer zusätzlichen Pause von 1 Stunde pro Tag auszugehen.

4.

4.1 Bezüglich des Invalideneinkommens bringt der Beschwerdeführer vor, dass es ihm aufgrund seiner Persönlichkeit nicht möglich sei, eine unselbständige Tätigkeit



auszuüben. Aufgrund seiner hyperthyemen und querulatorischen Züge sei er keinem Arbeitgeber zumutbar. Deshalb habe sich der Beschwerdeführer auch selbständig machen müssen (act. G 1, S. 8 f.). Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers ist nicht ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner hyperthyemen und querulatorischen Züge für jeden Arbeitgeber und unabhängig von der Aufgabe unzumutbar sei. Dagegen spricht auch die Erwerbsbiographie, auch wenn der Beschwerdeführer Zeiten der Arbeitslosigkeit erleben musste. Im MEDAS-Verlaufsgutachten wurde eine Persönlichkeit mit hyperthyemen und (neu wohl im Verlauf des IV-Verfahrens aufgetretenen) querulatorischen Züge diagnostiziert und somit berücksichtigt, was sich in den Adaptationskriterien niederschlug. Eine Unzumutbarkeit für sämtliche Arbeitgeber und alle Tätigkeiten wurde nirgends festgehalten, sondern lediglich die Einschränkung bezüglich Tätigkeiten ohne Ausführung von Aufgaben mit komplexen Planungs-/Organisationsfunktionen, Aneignung von abstraktem Wissen oder Umgang mit schwierigen oder unzufriedenen Menschen (vgl. IV-act. 162-23). Gerade als Hilfsarbeiter lassen sich solche Tätigkeiten finden, was auch aus der Auflistung möglicher Tätigkeiten der Eingliederungsberaterin hervorgeht (vgl. IV-act. 197).

4.2 Dass der Beschwerdeführer wie an der mündlichen Verhandlung vorgebracht, mit seinen Einschränkungen auf dem konkreten Arbeitsmarkt keine geeignete Stelle habe finden können, da er insbesondere nicht lange stehen oder sitzen könne, erscheint ohne weiteres plausibel. Indessen stellt sich in der Invalidenversicherung im Gegensatz zur Arbeitslosenversicherung nicht die Frage nach einer konkreten Stelle. Vielmehr wird in der Invalidenversicherung von einem theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausgegangen, um das Risiko Invalidität vom Risiko Arbeitslosigkeit abzugrenzen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist deshalb ein theoretischer und abstrakter Begriff. Er berücksichtigt die konkrete Arbeitsmarktlage gerade nicht, umfasst in wirtschaftlich schwierigen Zeiten auch tatsächlich nicht vorhandene Stellenangebote und fehlende oder verringerte Chancen Teilinvalider, eine zumutbare und geeignete Arbeitsstelle zu finden (BGE 134 V 71 E. 4.2.1 mit Hinweis). Die wirtschaftliche Verwertbarkeit der noch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit auf dem als ausgeglichen gedachten Arbeitsmarkt bedeutet eine Einschätzung der Chancen der versicherten Person, trotz der im Einzelfall einzuhaltenden Restriktionen bezüglich Arbeitsplatz, Arbeitshaltung, Arbeitszeit und Art der Tätigkeit von einem durchschnittlichen Arbeitgeber theoretisch



noch angestellt zu werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2008; 9C\_854/2008, E. 3.2). In den Adaptationskriterien wurden die Einschränkungen des Beschwerdeführers von den Gutachtern berücksichtigt. Dies zeigt sich unter anderem auch darin, dass ihm wiederkehrende, kurze Pausen zur Durchführung von Entspannungsübungen/Einnahme von Entlastungsstellungen im Umfang von ca. 1 Stunde täglich zugebilligt werden müssen (vgl. IV-act. 162-23). Da der Beschwerdeführer gemäss gutachterlicher Einschätzung zeitlich über eine relativ grosse Restarbeitsfähigkeit verfügt, ist trotz der zahlreichen qualitativen Einschränkungen nicht davon auszugehen, dass seine Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar wäre.

4.3 Der Beschwerdeführer war seit April 1995 bis 2008 selbständig tätig und erzielte dabei relativ stark schwankende Einkommen. Zuvor war er bei verschiedenen Arbeitgebern angestellt und zeitweise auch arbeitslos. Aus dem IK-Auszug geht entsprechend hervor, dass er ein stark schwankendes Einkommen erzielte (IV-act. 124). Vor diesem Hintergrund besteht für die Bestimmung des Valideneinkommens keine verlässliche Grundlage. Da der Beschwerdeführer seit längerer Zeit auch nicht mehr erwerbstätig ist, rechtfertigt sich die Ermittlung des Invaliditätsgrades anhand eines Prozentvergleichs. In diesem Fall entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4 mit Hinweis).

4.4 Entgegen der Beschwerdegegnerin ist in einer adaptierten Tätigkeit nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, da dem Beschwerdeführer eine Pause von 1 Stunde pro Tag zu gewähren ist. Daraus ergibt sich eine Arbeitsfähigkeit von gerundet 88% ( $100 / 8.3 * 7.3$ ).

4.5 Nach der Rechtsprechung hängen die Fragen, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Tabellenlohnabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b und 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Aufgrund des bereits fortgeschrittenen Alters



des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitpunkt, insbesondere jedoch wegen den zahlreichen leidensbedingten Einschränkungen erscheint im vorliegenden Fall der maximale Abzug von 25% angemessen. Damit resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 34% ( $100\% - [88\% \times 0.75]$ ). Die Abweisung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin ist somit im Ergebnis nicht zu beanstanden.

5.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde vom 2. September 2013 abzuweisen. 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 800.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit unter Berücksichtigung der mündlichen Verhandlung vom 1. Oktober 2015 als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 800.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird angerechnet.