



Fall-Nr.:	IV 2014/326
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum:	19.09.2019
Entscheiddatum:	27.03.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 27.03.2017

Art. 16 ATSG. Art. 28 IVG. Invaliditätsbemessung unter Berücksichtigung eines polydisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. März 2017, IV 2014/326). Entscheid vom 27. März 2017 Besetzung Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2014/326 Parteien A.___, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt

A.

A.a A.___ meldete sich am 4. Juli 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er gab an, er habe in seinem Herkunftsland eine dreijährige Ausbildung zum Schreiner absolviert. Seit dem Jahr 1999 sei er als Mitarbeiter in der Gussnachbehandlung tätig gewesen. Der Allgemeinmediziner Dr. med. B.___ gab am 15. Juli 2008 telefonisch an (IV-act. 12-1 f.), der Versicherte leide an einer peripheren Verschlusskrankheit und an einem chronischen lumbo-vertebrogenen und lumbo-radiculären Schmerzsyndrom. Der Versicherte sei an seinem angestammten Arbeitsplatz zu 50 Prozent arbeitsfähig. Diese Arbeitsfähigkeit sei kaum steigerbar. Der Neurochirurg Dr. med. C.___ hatte am 8. Juni 2007 berichtet (Fremdakten), der Versicherte habe schon seit Jahren über chronische Lumbalgien geklagt. Im Februar 2005 sei zusätzlich eine Lumboischialgie aufgetreten, weshalb im Mai 2005 ein MRI angefertigt worden sei, das eine mediane breitbasige Discushernie L5/S1 und eine Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 gezeigt habe. Die anschliessende Behandlung mittels fraktionierter periduraler Infiltrationen habe einen guten Erfolg



gezeitigt. Nun habe der Versicherte aber angegeben, seit etwa einem Jahr wieder vermehrt an Beschwerden zu leiden. Ein MRI, das im Mai 2007 angefertigt worden sei, habe einen im Vergleich zum früheren MRI vom Mai 2005 praktisch unveränderten Befund gezeigt. Nach einer erneuten Infiltrationstherapie seien die Lumbalgien und die Lumboischialgie nun wieder „völlig rückläufig“. Eine Operation sei nicht indiziert. Er habe dem Versicherten die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit zu 100 Prozent empfohlen. Im Januar 2008 hatte eine Kernspintomographie eine hochgradige abgangsnahe Stenose der Arteria iliaca communis rechts gezeigt (Fremdakten). Laut einem Austrittsbericht der Klinik für Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 21. Februar 2008 (IV-act. 12–6 ff.) war dem Versicherten deshalb am 7. Februar 2008 ein Bypass eingesetzt worden. Gemäss einem Sprechstundenbericht vom 15. Mai 2008 war in der Kontrolluntersuchung ein befriedigendes postoperatives Ergebnis festgestellt worden (IV-act. 12–3). Der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung, Dr. med. D.____, hatte am 6. Mai 2008 berichtet (Fremdakten), er empfehle bezüglich der anhaltenden Rückenbeschwerden eine weitere Serie Physiotherapie. Sollte diese keine Wirkung zeigen, müsse eventuell nochmals ein MRI angefertigt werden. Da der Versicherte bei seiner angestammten Tätigkeit teilweise schwere Gewichte heben müsse, sei ihm nicht mehr als das aktuelle Pensum von 50 Prozent zumutbar. Auf dem „freien Arbeitsmarkt“ könne die „medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit“ nicht gesteigert werden; die Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent müsse als „zurzeit fix“ betrachtet werden. In seinem Bericht betreffend die im August 2008 durchgeführte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit führte Dr. D.____ aus (Fremdakten), die vom Versicherten geschilderten Schmerzen und Einschränkungen liessen sich durch die klinischen und bildgebenden Befunde weitgehend erklären. Bei den Tests und bei der Untersuchung sei eine ausgeprägte Insuffizienz der Rumpfmuskulatur festgestellt worden, weshalb der Versicherte in fast allen Tests Mühe gehabt habe, die Wirbelsäule zu stabilisieren. Aus ärztlicher Sicht werde deshalb ein intensives progredientes muskuläres Aufbautraining empfohlen. Eventuell sollte ein weiteres MRI angefertigt und im Rahmen eines neurochirurgischen Konsiliums nochmals Stellung zur Operationsindikation genommen werden. Zurzeit sei der Versicherte nur zu 50 Prozent arbeitsfähig. Er dürfe keine Lasten von mehr als zehn Kilogramm hantieren, nicht über Kopf hantieren und nur wenig und kurzzeitig in vorgeneigten Positionen arbeiten. Die Belastungen am angestammten Arbeitsplatz lägen gerade noch im Rahmen der



Zumutbarkeit. Bei einer guten Compliance sei mittels eines muskulären Aufbautrainings eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 Prozent innerhalb von vier oder fünf Monaten zu erwarten. Eine leichte Tätigkeit sei ganztags zumutbar. Denkbar sei auch, dass der Versicherte die aktuelle Tätigkeit weiterhin zu 50 Prozent und daneben eine leichte Tätigkeit zu 50 Prozent ausübe. Die Arbeitgeberin des Versicherten berichtete im August 2008 (IV-act. 16), sie beschäftige diesen als Mitarbeiter in der Gussnachbehandlung. Seit dem 1. Januar 2008 habe sich der Jahreslohn auf 58'474 Franken belaufen. Infolge der Gesundheitsbeeinträchtigung sei das Pensum reduziert worden. Am 5. Januar 2009 notierte Dr. med. E. ___ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), mittels eines Aufbautrainings könnte zwar die Belastbarkeit gesteigert werden, doch würde der Eingliederungsprozess gefährdet, wenn ein solches Training scheitern würde; ohnehin sei der Versicherte für eine leichte körperliche Tätigkeit schon uneingeschränkt arbeitsfähig (IV-act. 23). Am 6. Januar 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass er keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen oder eine Rente habe (IV-act. 25). Am 15. Januar 2009 liess der nun anwaltlich vertretene Versicherte den Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung verlangen (IV-act. 26). Diese wurde ihm am 17. Februar 2009 eröffnet (IV-act. 29).

A.b Mit einem Entscheid vom 21. Februar 2011 (IV 2009/128; vgl. IV-act. 48) hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen eine gegen die Verfügung vom 17. Februar 2009 erhobene Beschwerde gut. Es führte aus, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden. Die Angaben des Vertrauensarztes Dr. D. ___ seien teilweise widersprüchlich. Weil trotz einer entsprechenden Empfehlung von Dr. D. ___ kein neues MRI erstellt worden sei, könne die Frage nach einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Jahr 2008 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beantwortet werden. Die IV-Stelle werde folglich weitere medizinische Abklärungen zu tätigen haben. Anschliessend werde sie allfällige Eingliederungsmassnahmen zu prüfen haben. Hierfür wies das Versicherungsgericht die Sache an die IV-Stelle zurück. Diese beauftragte am 1. April 2011 die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Bern mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (IV-act. 53). Dieses Gutachten wurde am 22. August 2011 erstattet (IV-act. 61). Der fallführende internistische Sachverständige führte aus, der Versicherte habe angegeben, sein Zustand habe sich nach der Operation im Februar 2008 weiter verschlechtert. Er könne nicht mehr arbeiten; körperlich gehe gar nichts



mehr. Der Befund der kursorischen internistischen Untersuchung sei abgesehen von einer Einschränkung der Rückenbeweglichkeit, einem Lidflattern und Blutlaborwerten, die den Verdacht auf einen Diabetes mellitus geweckt hätten, unauffällig gewesen. Die orthopädische Sachverständige hielt fest, in der klinischen Untersuchung habe sie eine Fehlstatik der Wirbelsäule mit einer geringen Protraktion des Kopfes bei einer abgeflachten, tiefgezogenen Brustkyphose und eine vermehrte Aufrichtung der Lendenlordose, eine vermehrte kraniale Aufrichtung des Beckens, eine deutliche Einschränkung der Inklination, eine Dekonditionierung und im Übrigen einen altersentsprechenden, weitgehend unauffälligen Befund erhoben. Die vorgetragenen Beschwerden der Wirbelsäule fänden zwar klinisch und radiologisch ihr Korrelat, jedoch nicht in einem die Arbeitsfähigkeit quantitativ beeinträchtigenden Ausmass. Körperlich leichte Arbeiten, die bevorzugt im Sitzen verrichtet werden könnten, seien uneingeschränkt zumutbar. Nach einer Gewöhnung an den Arbeitsprozess wäre auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wieder zumutbar. Angesichts der Dekonditionierung seien derzeit aber mittelschwere und zeitweise schwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Der neurochirurgische Sachverständige führte aus, ein im Juli 2011 angefertigtes MRI habe im Vergleich mit den MRI aus den Jahren 2005 und 2007 einen unveränderten Befund gezeigt. Schon das MRI aus dem Jahr 2007 habe keine einseitige Lumboischialgie erklären können. Das aktuelle MRI schliesse eine radiculäre Kompression sicher aus. Zwar sei eine strukturelle Läsion der untersten Bandscheibe L5/S1 vorhanden. Sie habe sich aber über mehr als vier Jahre nicht verändert. Auch die spondylarthrotische Verplumpung der Facettengelenke L5/S1 sei nicht progredient verlaufen. Insgesamt sei das Lumbovertebralsyndrom allenfalls mässig ausgeprägt. Eine leichte Tätigkeit sei dem Versicherten ohne weiteres uneingeschränkt zumutbar. Der angiologische Sachverständige hielt fest, drei Jahre nach der Anlage eines femoropoplitealen Kunststoffbypasses bestehe klinisch und hämodynamisch eine weitgehend normalisierte arterielle Ruheperfusion. Auf der linken Seite sei die arterielle Perfusion etwas beeinträchtigt, jedoch gut kompensiert. Aus angiologischer Sicht sei der Versicherte im Alltag kaum eingeschränkt, weshalb auch eine leichte Arbeit ohne weiteres zumutbar sei. Der psychiatrische Sachverständige führte aus, der Versicherte weise akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge auf, die jedoch keineswegs das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreichen würden. Eine schwerwiegende depressive Problematik könne im Moment nicht nachgewiesen werden. Allenfalls



entspreche die aktuelle Symptomatik einer leichtgradigen depressiven Episode. Das chronische Schmerzsyndrom sei vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsakzentuierung und allenfalls teilweise auch durch psychische Faktoren unterhalten zu interpretieren. Zum Teil seien die Schmerzen auch organisch nachvollziehbar. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. In ihrer Konsensbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, der Versicherte leide an einem chronischen lumbo-vertebrogenen Schmerzsyndrom sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer leichtgradigen depressiven Episode, an einem chronischen Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren und an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der unteren Extremitäten. Ausserdem bestehe der Verdacht auf einen Diabetes mellitus Typ 2. Der Versicherte sei nicht mehr in der Lage, als Gussputzer zu arbeiten. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit in einem geheizten Raum sei dagegen uneingeschränkt zumutbar. Für die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben erscheine eine Angewöhnung an den Arbeitsprozess als sehr wichtig. Die RAD-Ärztin Dr. E. ___ qualifizierte das Gutachten am 14. September 2011 als überzeugend (IV-act. 64).

A.c Ein Eingliederungsverantwortlicher der IV-Stelle (vgl. IV-act. 93) lud den Versicherten am 18. Oktober 2011 zu einem Gespräch bezüglich beruflicher Eingliederungsmassnahmen ein. Der Versicherte gab an, er habe kein Interesse und nehme Termine nur über seinen Anwalt wahr. Diverse weitere Versuche, den Versicherten zu einem Eingliederungsgespräch zu motivieren oder dessen Anwalt zu erreichen, schlugen fehl. Am 2. Mai 2013 lud der Eingliederungsverantwortliche den Versicherten und dessen Anwalt zuletzt schriftlich zu einem Gespräch am 16. Mai 2013 ein. Das Gespräch fand dann bereits am 15. Mai 2013 statt. In der Folge konnte eine dreimonatige berufliche Abklärung in die Wege geleitet werden, die am 2. September 2013 startete. Am 12. September 2013 teilte der Einsatzbetrieb dem Eingliederungsverantwortlichen mit, dass der Versicherte ein Arzzeugnis eingereicht habe, laut dem er bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig sei. Am 4. Oktober 2013 informierte der Einsatzbetrieb den Eingliederungsverantwortlichen darüber, dass der Versicherte erneut krankgeschrieben worden sei. Insgesamt sei er in der Zeit vom 2. September 2013 bis zum 4. Oktober 2013 nur an 6,5 Tagen anwesend gewesen. Er habe keine Motivation gezeigt. Der Eingliederungsverantwortliche und der Einsatzbetrieb beschlossen deshalb den Abbruch der Massnahme. Nach dem



Eintreffen des Schlussberichts des Einsatzbetriebes (IV-act. 91) schloss der Eingliederungsverantwortliche die berufliche Eingliederung am 21. Oktober 2013 ab (IV-act. 92).

A.d Mit einem Vorbescheid vom 5. November 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass er keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen habe (IV-act. 97). Dagegen liess dieser am 11. Dezember 2013 einwenden (IV-act. 98), er habe sich dem Arbeitsversuch nicht widersetzt, sondern diesen abgebrochen, weil er sich nicht in der Lage gesehen habe, ihn fortzuführen. Die Absenzen seien medizinisch begründet gewesen. Seinem Schreiben legte er einen Bericht von Dr. F.____ vom 3. Dezember 2013 bei (IV-act. 99). Dieser hatte ausgeführt, der Arbeitsversuch sei wegen starken Rückenschmerzen und Parästhesien in den Beinen gescheitert. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ notierte am 17. Dezember 2013 (IV-act. 101), Dr. F.____ habe weder neue Befunde noch neue Diagnosen angeführt. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS Bern sei nach wie vor massgebend. Die Eingliederungsbemühungen seien durch die Schmerzklagen des Versicherten und die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. F.____ „torpediert“ worden. Von weiteren Eingliederungsmassnahmen seien keine besseren Ergebnisse zu erwarten. Der Versicherte müsste seine Einstellung ändern. Mit einer Verfügung vom 19. Dezember 2013 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 103). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in formelle Rechtskraft.

A.e Mit einem Vorbescheid vom 23. Januar 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie auch sein Rentenbegehren abweisen werde (IV-act. 107). Dagegen liess dieser einwenden (IV-act. 108), da ihm seine angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, bestehe ab Februar 2009 ein Anspruch auf eine ganze Rente. Das Gutachten der MEDAS Bern sei unvollständig respektive nicht nachvollziehbar, denn die Sachverständigen hätten nicht erklärt, weshalb dem Versicherten überhaupt eine leichte Tätigkeit zumutbar sein sollte. Sie hätten sich auch nicht zur Frage geäussert, ab wann eine adaptierte Tätigkeit zumutbar sei. Das könne frühestens im Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens (22. August 2011) der Fall gewesen sein. Der Anspruch auf die ganze Rente bestehe folglich mindestens bis und mit dem 21. August 2011. Beim Einkommensvergleich sei kein Tabellenlohnabzug berücksichtigt worden, obwohl dem Versicherten in der Beschwerdeantwort im Verfahren IV 2009/128 noch ein Abzug von



zehn Prozent zugbilligt worden sei. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ notierte am 18. März 2014 (IV-act. 109), die Sachverständigen der MEDAS Bern hätten überzeugend begründet ab Sommer 2008 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert. Der gescheiterte Arbeitsversuch ändere daran nichts. Am 28. März 2014 räumte die IV-Stelle dem Versicherten die Gelegenheit ein, zur Aktennotiz von Dr. E.____ Stellung zu nehmen; zugleich teilte sie mit, dass sie einen Tabellenlohnabzug von zehn Prozent berücksichtigen werde (IV-act. 110). Dieser liess am 16. Mai 2014 geltend machen (IV-act. 114), die Angabe der Sachverständigen zur Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit sei so zurückhaltend formuliert, dass angenommen werden müsse, die Sachverständigen seien sich diesbezüglich nicht sicher gewesen. Die übrigen Einwände seien von Dr. E.____ nicht wiederlegt worden. Mit einer Verfügung vom 27. Mai 2014 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (IV-act. 115).

B.

B.a Dagegen liess der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) am 27. Juni 2014 eine Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung, die Zusprache einer ganzen Rente und eventualiter die Rückweisung der Sache zur erneuten Begutachtung. Zur Begründung führte er aus, die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) habe nach dem Eingang des Gutachtens „sage und schreibe fast drei (!) Jahre“ bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung benötigt. Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiter verschlechtert habe, sei das Gutachten nicht mehr aktuell. Der Beschwerdeführer befinde sich neu in psychiatrischer Behandlung. Die Psychiaterin Dr. med. G.____ habe eine mittelgradige depressive Störung diagnostiziert. Angesichts des Alters des Beschwerdeführers sei es unrealistisch, dass er noch eine Arbeit finden würde. Angesichts der medizinischen Ungewissheiten sei allenfalls der Abschluss eines Vergleichs angezeigt. Der Beschwerde lag eine Stellungnahme von Dr. F.____ vom 25. Juni 2014 bei (act. G 1.4), der ausgeführt hatte, der Beschwerdeführer leide an einer motorischen, axonal demyelinisierenden Polyneuropathie, an einer mittelgradigen depressiven Episode mit einem somatischen Syndrom, an einer generalisierten Arteriosklerose sowie an einem chronischen lumbo-vertebrogenen und lumbo-radikulären Schmerzsyndrom. Die Schmerzen im rechten Bein seien „zum grössten Teil



auf die Problematik mit den Bandscheiben (generalisierte Arteriosklerose) zurückzuführen“. Als Hausarzt sehe er „keine objektive Möglichkeit“, den Beschwerdeführer wieder in die Arbeitswelt zu integrieren, wobei man auch dessen Alter nicht aus den Augen verlieren sollte. Am 4. Juli 2011 hatte Dr. G.____ berichtet (act. G 1.5), die Kündigung der Arbeitsstelle habe zu einer massiven Kränkung und der Entwicklung einer depressiven Symptomatik geführt. Aktuell zeige sich das Bild einer mittelgradigen depressiven Episode. Mittels einer antidepressiven Medikation und stützenden, ressourcenorientierten Gesprächen habe die Arbeitsfähigkeit nur auf 50 Prozent gesteigert werden können.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 14. August 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, das Scheitern des Arbeitsversuchs sei für die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht massgebend. Dr. F.____ habe keine neuen Aspekte genannt und seine pessimistische Arbeitsfähigkeitsschätzung massgeblich mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers begründet, die aber nicht relevant seien. Entscheidrelevant bleibe folglich das Gutachten der MEDAS Bern.

B.c Am 7. November 2014 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten (act. G 10). Zur Begründung führte sein Rechtsvertreter ergänzend aus, das Gutachten der MEDAS sei im Zeitpunkt der Verfügung längst veraltet gewesen. Zudem sei es unvollständig, denn der Beschwerdeführer hätte eingehend internistisch begutachtet werden müssen. Er leide nämlich an einem Hypogonadismus, der seit Januar 2005 fachärztlich behandelt werde. Der Beschwerdeführer sei also nicht ein „alter fauler Sack“, wie man meinen könnte, wenn man zwischen den Zeilen lese, sondern ein bedauernswerter Mann, der aufgrund einer Krankheit zu schnell altere und mit den körperlichen Folgeerscheinungen nicht klar komme. Die Neurologin Dr. med. H.____ habe am 3. Oktober 2012 über eine motorische, axonal demyelisierende Polyneuropathie berichtet. Diese Erkrankung verlaufe in der Regel fortschreitend. Diesbezüglich dränge sich eine erneute neurologische Begutachtung auf. Da der Beschwerdeführer schon 61 Jahre alt sei, wäre es aber sinnvoller, ihm eine halbe und ab Feststellung der Polyneuropathie eine ganze Rente zuzusprechen. Der Urologe Dr. med. I.____ hatte am 16. Oktober 2014 berichtet (act. G 10.1.3), er behandle den Beschwerdeführer seit dem 18. Januar 2005. Schon in der ersten Untersuchung habe



St.Galler Gerichte

er einen Hypogonadismus diagnostiziert. Die Therapie habe zu einer leichten Besserung geführt. Der Hypogonadismus sei erfahrungsgemäss für eine Vielzahl von Beschwerden verantwortlich, nämlich für Rückenschmerzen, für eine erektile Impotenz, für eine Depression, für rezidivierende Prostatentzündungen, für einen Diabetes mellitus sowie für eine periphere arterielle Verschlusskrankheit. Am 10. Oktober 2012 hatte Dr. H.____ berichtet (act. G 10.1.4), sie habe elektrophysiologisch eine motorische, axonal demyelinisierende Polyneuropathie erfasst. Die Diagnosekriterien für eine chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie seien nicht erfüllt. Differentialdiagnostisch sei an eine Autoimmunneuropathie oder an eine Assoziation zu einer infektiösen oder neoplastischen Erkrankung zu denken. Sie empfehle weitere Abklärungen zu den möglichen Ursachen.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 12).

B.e Am 13. Oktober 2015 liess der Beschwerdeführer ergänzend ausführen (act. G 13), sein Oberschenkelbypass habe am 7. September 2015 notfallmässig ersetzt werden müssen, weil sein Körper auf das Bypass-Material reagiert habe. Das sei ein weiteres Indiz für einen „körperlichen Niedergang“. Wichtig sei der Hinweis auf eine hypertensive Herzkrankheit, die nicht von einem Tag auf den andern auftrete und möglicherweise einen Teil der Müdigkeit erkläre. Der Eingabe lag ein Austrittsbericht der Klinik für Gefässchirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 22. September 2015 bei (act. G 13.1), laut dem der Bypass am 7. September 2015 ersetzt und dem Beschwerdeführer nach einem tachykarden Vorhofflimmern eine Dauerantikoagulation verschrieben worden war.

Erwägungen

1.

Eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, hat einen Anspruch auf eine Rente der



Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 IVG). Für die Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

2.

Der Beschwerdeführer hat zwar seinen eigenen Angaben zufolge in seinem Herkunftsland eine Schreiner Ausbildung absolviert, verfügt aber über keinen entsprechenden, anerkannten Berufsabschluss. In der Schweiz hat er denn auch nicht als Schreiner gearbeitet, sondern typische Hilfsarbeiten verrichtet. Seine letzte Arbeitgeberin hat angegeben, sie habe ihm ab dem 1. Januar 2008 einen Jahreslohn von 58'474 Franken bezahlt. Dieser Lohn hat ziemlich genau dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne im Jahr 2008 entsprochen. Dieser hatte sich nämlich gemäss den Ergebnissen der vom Bundesamt für Statistik regelmässig durchgeführten Lohnstrukturerhebung für das Jahr 2008 bei einer standardisierten Arbeitszeit von 40 Stunden auf 4'806 Franken pro Monat belaufen (BfS, LSE 2008, TA1). Bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche (BfS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftszweigen) hat dies einem Jahreslohn von 59'979 Franken entsprochen. Zwar ist der effektiv bezogene Lohn des Beschwerdeführers also minimal tiefer als dieser statistische Durchschnittslohn gewesen, doch sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die gegen die Annahme sprechen würden, er sei durchschnittlich leistungsfähig gewesen. Die minimale Diskrepanz zwischen dem effektiv erzielten und dem statistisch durchschnittlichen Lohn ist folglich auf arbeitsmarktliche Zwänge zurückzuführen, die bei der Invaliditätsbemessung aber nicht massgebend sind, weil nicht auf den tatsächlichen, sondern auf den allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt abzustellen ist. Mit anderen Worten besteht die Validenkarriere des Beschwerdeführers in der Verrichtung einer durchschnittlich entlöhnten Hilfsarbeit. Das Valideneinkommen entspricht dem Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne.

3.



3.1 Für die Beantwortung der Frage nach dem zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen kommt der medizinischen Arbeitsfähigkeitsschätzung eine entscheidende Bedeutung zu. Nach dem Rückweisungsentscheid des Versicherungsgerichtes vom 21. Februar 2011 hat die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in Auftrag gegeben. Die Sachverständigen der MEDAS Bern haben diesen internistisch, orthopädisch, neuro-chirurgisch, angiologisch und psychiatrisch untersucht. Damit ist eine umfassende Untersuchung aller relevanten, aktenkundigen Beschwerden gewährleistet gewesen. Die Sachverständigen haben die von ihnen in den jeweiligen persönlichen Untersuchungen erhobenen objektiven klinischen Befunde detailliert wiedergegeben und die relevanten medizinischen Akten eingehend gewürdigt. Die Befundschilderung der orthopädischen Sachverständigen hat sich dabei weitgehend mit der (knappen) Befundschilderung des Berichtes von Dr. D.____ zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit gedeckt, denn auch dieser hatte abgesehen von einer Dekonditionierung respektive einer Insuffizienz der Rumpfstabilisierungsmuskulatur nur äusserst diskrete krankheitswerte Befunde erheben können. Der neurochirurgische Sachverständige hat überzeugend dargelegt, dass Dr. C.____ (der dem Beschwerdeführer die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit zu 100 Prozent empfohlen hatte, was diesem dann auch problemlos möglich gewesen war) das MRI falsch interpretiert habe. Die drei MRI aus den Jahren 2005, 2007 und 2011 zeigten abgesehen von einer Discopathie im Segment L5/S1 mit einer facetären Überlastung keine Auffälligkeiten. Insbesondere lägen weder eine kompressive Discushernie noch eine Spinalkanalstenose vor. Die (auch von der orthopädischen Sachverständigen beschriebene) ausgeprägte Inklinationshemmung in der klinischen Untersuchung habe aufgrund der sonstigen Beweglichkeit und Untersuchungsbefunde unnatürlich gewirkt. Der übrige klinische Untersuchungsbefund sei weitgehend unauffällig gewesen. Weder die orthopädische noch die neurochirurgische Untersuchung hat also einen objektiven klinischen Befund ergeben, mit dem eine Arbeitsunfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten begründet werden könnte. Der angiologische Sachverständige hat überzeugend aufgezeigt, dass die Herz-Kreislaufbeschwerden den Beschwerdeführer nicht einmal im Alltag wesentlich beeinträchtigten. Der psychiatrische Sachverständige hat ebenfalls keinen krankheitswertigen Befund erheben können. Zwar ist nachträglich bekannt geworden,



dass sich der Beschwerdeführer schon im Februar 2009 in eine psychiatrische Behandlung begeben hatte. Die Psychiaterin Dr. G. ___ hatte in ihrem Bericht vom 4. Juli 2011 aber keine objektivierbaren Befunde genannt, die ihre Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung hätten belegen können. Sie hatte ihre Diagnose und ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung nur mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers begründet. Dagegen hat sich der psychiatrische Sachverständige der MEDAS Bern eingehend zum klinischen Befund geäussert und überzeugend dargelegt, dass keine Beeinträchtigung vorliege, die eine Arbeitsunfähigkeit erklären könnte. Zusammenfassend haben die Sachverständigen der MEDAS Bern überzeugend begründet aufgezeigt, dass kein objektiver klinischer Befund vorgelegen hat, der eine Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit hätte erklären können.

3.2 Die Berichte der behandelnden Hausärzte Dr. B. ___ und Dr. F. ___ wecken keine Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens der MEDAS Bern, denn diese haben ihre Arbeitsfähigkeitsschätzungen nicht mit objektiven klinischen Befunden, sondern mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers begründet. Ausserdem haben sie die medizinische Frage nach der Arbeitsfähigkeit teilweise mit der Frage nach der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit vermischt und sich dabei massgeblich von den Verhältnissen auf dem – nicht massgebenden – tatsächlichen Arbeitsmarkt leiten lassen. Zudem hat Dr. F. ___ in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2014 die überzeugend begründeten Schlussfolgerungen des neurochirurgischen Sachverständigen ohne jede Begründung ignoriert und weiterhin die Auffassung vertreten, die Schmerzen im rechten Bein fänden ihre Ursache in einem Bandscheibenschaden, was der neurochirurgische Sachverständige gestützt auf die MRI aus den Jahren 2005, 2007 und 2011 schon längst als falsch widerlegt hatte. Auch der Umstand, dass der Urologe Dr. I. ___ eine neue Diagnose genannt hat, die angeblich sämtliche Beschwerden erklären soll, schmälert die Beweiskraft des Gutachtens der MEDAS Bern nicht. Der Beschwerdeführer befindet sich nämlich schon seit Januar 2005 in urologischer Behandlung wegen des von Dr. I. ___ geltend gemachten Hypogonadismus. Folglich hat er schon im Zeitpunkt der Begutachtung durch die MEDAS Bern an dieser Krankheit gelitten. Dennoch hat diese im massgebenden klinischen Befund keine nennenswerten Einschränkungen gezeitigt. Selbst wenn die Sachverständigen der MEDAS Bern also einen Hypogonadismus



übersehen und infolgedessen eine unvollständige Diagnose gestellt haben sollten, ändert dies nichts daran, dass der Beschwerdeführer damals angesichts der massgebenden objektiven klinischen Befunde zweifellos uneingeschränkt arbeitsfähig für leidensadaptierte Tätigkeiten gewesen ist. Sodann hat Dr. I. ___ selbst geltend gemacht, der Zustand des Beschwerdeführers habe sich nach einem Wechsel der Medikation im Jahr 2010 leicht gebessert. Damit ist die Vermutung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der Begutachtung durch die MEDAS Bern widerlegt. Die Neurologin Dr. H. ___ hat zwar rund ein Jahr nach der Begutachtung eine neue Diagnose gestellt. Die ausführliche klinische Befundsschilderung in ihrem Bericht vom 10. Oktober 2012 ist aber als weitestgehend unauffällig zu qualifizieren. Zudem hat Dr. H. ___ darauf hingewiesen, dass die Diagnosekriterien für eine chronische inflammatorische demyelisierende Polyneuropathie nicht erfüllt seien. Ihre Beurteilung hat sich auf die Empfehlung beschränkt, differentialdiagnostische Erwägungen nochmals mit dem Beschwerdeführer zu besprechen und eine rein symptomatische Behandlung zu beginnen. Offensichtlich hat sich diesbezüglich im weiteren Verlauf nichts Wesentliches ergeben, denn ansonsten hätte der auf eine umfassende medizinische Information bedachte Rechtsvertreter des Beschwerdeführers entsprechende Berichte eingereicht. Dem Umstand, dass der Bypass wegen einer Materialunverträglichkeit ersetzt werden müssen, kommt in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung keine relevante Bedeutung zu. Der Hinweis auf eine hypertensive Herzkrankheit im entsprechenden Bericht vom 22. September 2015 weckt für sich allein noch keinen Verdacht, die massgebende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei vom angiologischen Sachverständigen der MEDAS Bern falsch eingeschätzt worden oder im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung nicht mehr aktuell gewesen. Schliesslich ist auch der gescheiterte Arbeitsversuch nicht geeignet gewesen, Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS Bern zu wecken, weil das Scheitern nicht medizinisch begründet gewesen ist. Zusammenfassend erweist sich die medizinische Aktenlage als eindeutig: Überwiegend wahrscheinlich sind dem Beschwerdeführer bereits seit der IV-Anmeldung (Sommer 2008) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung leidensadaptierte Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar gewesen.

4.



4.1 Dem Beschwerdeführer kann die Verrichtung einer leidensadaptierten Hilfsarbeit ohne weiteres zugemutet werden. Der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens entspricht somit dem Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne und folglich auch dem Valideneinkommen. Mathematisch kann der Betrag bei der Berechnung des Invaliditätsgrades keine Rolle spielen. Dieser entspricht dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen Abzug vom Tabellenlohn (sogenannter Prozentvergleich).

4.2 Die Beschwerdegegnerin hat einen Tabellenlohnabzug von zehn Prozent berücksichtigt. Dies ist ungerechtfertigt, denn es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass der Beschwerdeführer in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit betriebswirtschaftlich-ökonomisch gesehen nur noch eine unterdurchschnittliche Arbeitsleistung erbringen könnte, was einen ökonomisch denkenden Arbeitgeber veranlassen könnte, nur einen unterdurchschnittlichen Lohn auszubezahlen. Ein Tabellenlohnabzug ist nicht zu berücksichtigen. Selbst bei Anwendung des maximalen Tabellenlohnabzuges (25 Prozent; vgl. BGE 126 V 75) würde im Übrigen angesichts der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren.

4.3 Auch wenn der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe bereits 55 Jahre alt und im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung bereits 61 Jahre alt gewesen ist, spricht nichts gegen die Verwertung der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten. Das fortgeschrittene Alter dürfte diese zwar auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt stark erschweren, invalidenversicherungsrechtlich ist aber nicht der tatsächliche, sondern der allgemeine und ausgeglichene Arbeitsmarkt massgebend, der einen breiten Fächer von offenen Stellen kennt, in denen auch ein rund 60 Jahre alter Hilfsarbeiter seine Arbeitsfähigkeit noch verwerten kann, zumal Hilfsarbeiten definitionsgemäss ohne jede Ausbildung und ohne eine Vorbereitung jederzeit sofort ausgeübt werden können.

4.4 Zusammenfassend ist der Beschwerdeführer nicht invalid im Sinne des Art. 28 Abs. 1 IVG respektive des Art. 16 ATSG. Die angefochtene Verfügung erweist sich damit im Ergebnis als rechtmässig.

5.



Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Die angesichts des durchschnittlichen Vertretungsaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Diese Kosten sind durch den von diesem geleisteten Vorschuss von 600 Franken gedeckt. Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Kosten sind durch den von ihm geleisteten Vorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.