



**Fall-Nr.:** IV 2014/426  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.06.2020  
**Entscheiddatum:** 05.11.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 05.11.2014**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung Gutachten. Beweiskraft der gutachterlich bescheinigten 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. November 2014, IV 2012/426).**

Entscheid Versicherungsgericht, 05.11.2014

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

#### **Entscheid vom 5. November 2014**

in Sachen

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Rente

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 20. September 2010 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Anlässlich des FI-Gesprächs vom 13. Oktober 2010 teilte der behandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, mit, der Versicherte leide an chronischen Rückenschmerzen (im MRI thorakale Diskushernien). Die Ausübung der rückenbelastenden Tätigkeit im Pflegeberuf sei dem Versicherten aktuell nicht möglich (IV-act. 8; vgl. ferner den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 27. März 2011, IV-act. 21-1 ff.). Aufgrund fehlender Eingliederungsbereitschaft (IV-act. 35-3 und 45) teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 15. August 2011 mit, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 40). Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt mbF an der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), berichtete am 23. August 2011, dass der Versicherte an einer Zervikomyalgie links (ohne radikuläre klinische Symptomatik; keine Hinweise auf eine Radikulopathie C6, C7 oder C8; Diskushernie HWK3/4, BWK5/6 und BWK 6/7 ohne nervale Kompression oder Myelonkompression) leide (IV-act. 52). Die medizinischen Fachpersonen der Universitätsklinik für Neurochirurgie des Inselspitals Bern diagnostizierten im Bericht vom 31. Januar 2012 therapieresistente Zervikonuchalgien entsprechend dem Dermatome C3 und C4 links mit/bei Diskusprotrusion auf der Höhe HWK3/4 mit foraminaler linksseitiger Enge sowie Kyphose (IV-act. 64-48 f.).

A.b Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte vom 2. bis 5. April 2012 im ZMB Zentrum für Medizinische Begutachtung polydisziplinär (internistisch, orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch) untersucht. Die Experten diagnostizierten im Gutachten vom 21. Juni 2012 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches cervicales, cervicospondylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom bei mehrsegmentalen Veränderungen der HWS mit Osteochondrose, bilateralen Unkarthrosen und medianer subligamentärer Discushernie C3/C4 mit geringer foraminaler linksseitiger Enge ohne radikuläres Ausfallssyndrom, ohne Läsion langer Rückenmarksbahnen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronisches



thoracovertebrales Schmerzsyndrom bei geringen mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der BWS ohne Kompromittierung neurogener Strukturen, ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, ein sensibles Hemisyndrom links ohne objektiv fassbare Befunde einer cerebralen beziehungsweise spinalen Läsion, eine arterielle Hypertonie, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge. Für die Tätigkeit als Krankenpfleger bzw. für körperlich anstrengende Tätigkeiten bescheinigten die Gutachter dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für leidensangepasste Tätigkeiten verfüge der Versicherte über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 64-1 ff.). RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt die gutachterliche Beurteilung für beweiskräftig (Stellungnahme vom 11. Juli 2012, IV-act. 65).

A.c Gestützt auf die gutachterlich bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten stellte die IV-Stelle dem Versicherten im Vorbescheid vom 8. August 2012 die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 68). Dagegen erhob der Versicherte am 19. September 2012 Einwand und reichte verschiedene medizinische Berichte ein (IV-act. 72; u.a. Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 27. Juli 2012, Bericht der Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie des Inselspitals vom 1. Juni 2012 und provisorischer Austrittsbericht der in der RehaClinic Zurzach behandelnden medizinischen Fachpersonen vom 13. August 2012). RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ gelangte in Würdigung des Einwands und der eingereichten medizinischen Akten zur Auffassung, dass darin keine neuen arbeitsfähigkeitsrelevanten Fakten geltend gemacht würden, die Anlass gäben, von der Beurteilung des ZMB abzuweichen (Stellungnahme vom 3. Oktober 2012, IV-act. 73). Am 5. Oktober 2012 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 74).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 5. Oktober 2012 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 8. November 2012. Der Beschwerdeführer beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung. Es sei ihm eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% zuzusprechen und eine neue



## St.Galler Gerichte

polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, das ZMB-Gutachten leide an verschiedenen Mängeln und sei daher nicht beweistauglich (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2012 die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

B.c Mit Präsidialentscheid vom 13. Dezember 2012 wurde dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) entsprochen (act. G 4).

B.d In der Replik vom 28. Januar 2013 hält der Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde fest (act. G 6).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Duplik verzichtet (act. G 8).

### **Erwägungen:**

1.

Zwischen den Parteien ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen umstritten.

1.1 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]). 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).



1.2 Um 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 125 V 261 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).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C\_73/2011, E. 4.1). Wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, kann das Gericht die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen.

2.



Zu beantworten ist vorweg die Frage, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt wurde. Die Beschwerdeführerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das Gutachten des ZMB vom 21. Juni 2012 (IV-act. 64). Der Beschwerdeführer hält dieses aus verschiedenen Gründen für mangelhaft (act. G 1 und G 6).

2.1 Als erstes rügt der Beschwerdeführer am ZMB-Gutachten, im Bericht vom 27. Juli 2012 der Klinik für Neurologie des KSSG sei von Hinweisen auf eine chronische Radikulopathie in Höhe C8 die Rede gewesen. Diese sei in der Diagnoseliste der ZMB-Gutachter nicht erwähnt worden (act. G 1, S. 7 f.). Im provisorischen Austrittsbericht der RehaClinic Zurzach sei zudem bezüglich des Hinweises auf eine chronische Radikulopathie auf der Höhe C8 um entsprechende Abklärungen ersucht worden (act. G 1, S. 9 f.; vgl. auch act. G 6, S. 2 f.).

2.1.1 Vorab ist festzustellen, dass die Gutachter sich ausführlich anhand der Voraktenlage zu einer allfälligen Radikulopathie auf der Höhe C8 äusserten (IV-act. 64-38). Sie hielten fest, dass eine Infiltration auf der Höhe C8 links erfolglos gewesen sei (vgl. dazu Bericht der Abteilung Allgemeine Innere Medizin des Departements Innere Medizin des KSSG vom 23. Dezember 2010, IV-act. 21-19 f.). Weiter verwiesen die Gutachter auf die neurophysiologischen Untersuchungen vom 23. August 2011, welche keine Hinweise auf eine Radikulopathie auf den Höhen C6, C7 sowie C8 ergeben hätten (vgl. dazu Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 23./24 August 2011, IV-act. 52 und 51). Die Ärzte des KSSG hätten vielmehr von einem Schmerzsyndrom mit Hinweis auf eine nicht-somatische Komponente gesprochen (vgl. dazu erwähnten Bericht des KSSG vom 23. Dezember 2010, worin in diesem Zusammenhang von einem appellativen Verhalten mit Schmerzaggravation die Rede war, weshalb der dringende Verdacht einer Schmerzverarbeitungsstörung erhoben wurde, IV-act. 21-20; vgl. auch Bericht der Klinik für Neurologie vom 23. August 2011, der die Bemerkung enthielt, dass daher von einer muskulären Zervikalgie ausgegangen werden müsse, IV-act. 49-2). Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, wenn die ZMB-Gutachter bei der Diagnosestellung (IV-act. 64-39) eine Radikulopathie nicht als Befund erwähnten. Die vom Neurologen Dr. E.\_\_\_\_ veranlasste MR-Untersuchung vom 6. Juni 2011 hatte zudem keine Auffälligkeiten bezüglich der Höhe C8 zu Tage gefördert (IV-act. 43-2). Im Übrigen erfasste die gutachterliche Diagnose "chronisches cervicales,



cervicospondylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom" die gesamte Halswirbelsäule, mithin auch die auf der Höhe C8 geklagten Leiden, weshalb keine unvollständige Diagnose besteht.

2.1.2 An dieser Sichtweise ändert der Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 27. Juli 2012 nichts, worin im Rahmen einer EMG-Untersuchung ein "Hinweis auf chronische Radikulopathie in Höhe C8" - der im provisorischen Austrittsbericht der RehaClinic Zuzach vom 13. August 2012 übernommen wurde (IV-act. 72-18) - erwähnt wurde (IV-act. 72-9 ff.). Entscheidend ist dabei einerseits, dass es sich um einen blossen Hinweis handelt und der Befund "ohne Nachweis florider Denervation" erhoben wurde, und andererseits, dass früher aufgrund einlässlicher Untersuchungen eine relevante Radikulopathie hatte ausgeschlossen werden können (vgl. vorstehende E. 2.1.1). Ergänzend ist anzufügen, dass der bereits im November 2010 geäusserte Verdacht einer Radikulopathie auf der Höhe C8 (IV-act. 21-27) nicht bestätigt werden konnte (IV-act. 21-19). Ein weiterer Abklärungsbedarf ist zu verneinen, zumal die Gutachter den entsprechenden Schmerzklagen des Beschwerdeführers Rechnung getragen haben (siehe vorstehende E. 2.1.1 am Schluss). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer kurz vor der EMG-Untersuchung im KSSG am 16. April und 30. Mai 2012 in der Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie des Inselspitals untersucht wurde. Im Bericht vom 1. Juni 2012 stellte der rheumatologische Experte keine Radikulopathie fest. Vielmehr gelangte er zum Schluss, er habe eine Reproduktion der Schmerzen bei entsprechender Bewegung nicht bemerken können (IV-act. 72-12 f.).

2.2 Sodann führt der Beschwerdeführer den Bericht des Inselspitals Bern vom 1. Juni 2012 und das Gesuch um Kostengutsprache für Medikamente mit Limitation vom 5. Juni 2012 ins Feld (act. G 1, S. 8 f.). Aus diesen Akten ergibt sich, dass Vermeidungsmechanismen, Schmerzausweitung und ein ängstliches Verhalten des Beschwerdeführers im Vordergrund stehen (IV-act. 72-13 und 72-15) und abgesehen von der Diskushernie C3/4 keine weiteren die Wirbelsäule betreffenden objektiven Befunde in der Diagnose genannt wurden (insbesondere wurde "keine sichere Ausfallsymptomatik" festgestellt, IV-act. 72-12), was die gutachterliche Beurteilung (IV-act. 64-40) und Diagnosestellung (IV-act. 64-39) bestätigt.



2.3 Der Beschwerdeführer wendet gegen das ZMB-Gutachten ferner ein, es seien darin wichtige Informationen falsch wiedergegeben worden. So habe er beim An- und Ausziehen über BWS-Beschwerden geklagt, während im entsprechenden Gutachten auf Seite 19 (IV-act. 64-20) festgehalten worden sei, dass es im Sommer 2010 beim An- und Ausziehen zu akuten HWS-Schmerzen gekommen sei. In den Zeilen 28 und 30 sei von LWS-Schmerzen die Rede, obwohl er hier gegenüber dem Experten BWS-Schmerzen beschrieben habe. Auch auf Seite 20 des Gutachtens (IV-act. 64-21) seien, anstelle von HWS- und BWS-Schmerzen, HWS- und LWS-Schmerzen beschrieben worden (act. G 1, S.10). Er habe anlässlich der Begutachtung zudem eine Schwellung unterhalb des Schlüsselbeins beklagt, die dann allerdings auf Seite 21 des Gutachtens nicht erwähnt werde (act. G 1, S. 10 f.).

2.3.1 Was die vom Beschwerdeführer bemängelten Angaben zur BWS betrifft, so kann vorliegend offen bleiben, ob es sich hier um ein Versehen des Experten oder des Beschwerdeführers bei der Schmerzschilderung handelt. Denn im Rahmen der aktuellen Beschwerden berücksichtigte der orthopädische Gutachter Schmerzklagen in den Bereichen der HWS, BWS und LWS. Insbesondere hielt er fest, dass aktuell die Schmerzen im Bereich der HWS und BWS im Vordergrund stünden. Auf die Frage hin, weshalb er derzeit seiner Arbeit nicht nachgehen könne, habe der Beschwerdeführer die HWS- und BWS-Beschwerden angegeben (IV-act. 64-21). Der orthopädische Gutachter hat damit die Schmerzschilderungen auf allen Ebenen der Wirbelsäule erfasst, womit eine Unvollständigkeit zu verneinen ist, zumal die BWS-Beschwerden vom orthopädischen Gutachter in die Diagnose (chronisches cervicothoracales Schmerzsyndrom, IV-act. 64-24) Eingang gefunden haben. Auch der neurologische Gutachter befasste sich mit den BWS-Beschwerden und diagnostizierte ein chronisches thoracovertebrales Schmerzsyndrom bei geringen mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der Brustwirbelsäule ohne Kompromittierung neurogener Strukturen (IV-act. 64-29). Es kann daher insgesamt keine Rede davon sein, die geklagten BWS-Beschwerden seien nicht hinreichend berücksichtigt worden. Nicht ausser Acht gelassen werden darf ferner, dass vom Beschwerdeführer bereits früher "Schmerzen eher diffus im Nacken-/Schulter-/Oberarmbereich" angegeben wurden (IV-act. 43-1; zum diffusen Zervikobrachialsyndrom siehe auch IV-act. 44-1 sowie IV-act. 53-2). Schliesslich hat der Beschwerdeführer nach der ZMB-Begutachtung über LWS-Beschwerden geklagt (provisorischer Austrittsbericht der



RehaClinic Zurzach vom 13. August 2012, IV-act. 72-18 f.; auch im Bericht der Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie des Inselspitals vom 1. Juni 2012 wurde u.a. ein Lumbovertebralsyndrom diagnostiziert, IV-act. 72-12), weshalb mit der Erwähnung von LWS-Beschwerden die Vollständigkeit des durch die Gutachter erfassten Leidensbilds bekräftigt wird.

2.3.2 Hinsichtlich der geltend gemachten Schwellung unterhalb des Schlüsselbeins gilt es zu beachten, dass der orthopädische Gutachter eine eingehende klinische Untersuchung u.a. der Schulter und des Nackens vornahm und keine Schwellung beschrieb (IV-act. 64-21 f.). Im Rahmen der neurologischen Teilbegutachtung wurde ebenfalls kein Schwellungszustand festgestellt (IV-act. 64-27 ff.). Dies deckt sich mit der übrigen Aktenlage, worin kein relevanter Schwellungszustand erhoben wurde (vgl. etwa Berichte der Klinik für Neurologie des KSSG vom 23. August 2011, IV-act. 52, der Universitätsklinik für Neurochirurgie des Inselspitals vom 31. Januar 2012, IV-act. 64-48, der RehaClinic Zurzach vom 13. August 2012, IV-act. 72-18 f., oder der Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie des Inselspitals vom 1. Juni 2012, IV-act. 72-12 f.). Ein Mangel am Gutachten ist damit weder dargetan noch ersichtlich.

2.4 Des Weiteren sei mit Blick auf entsprechende Hinweise in den Akten nicht verständlich, weshalb die Gutachter nicht weitere Abklärungen des Segments C3/C4 vorgenommen hätten (act. G 1, S. 11). Zur Begründung verweist der Beschwerdeführer auf den Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 16. März 2012. Darin hielt dieser die Ergebnisse einer cervicalen und thoracalen vertebro-spinalen Kernspintomographie, HWS ap. und lat., fest (IV-act. 64-44 f.). Die bildgebenden Befunde wurden vom orthopädischen Gutachter gewürdigt und dieser beschrieb eine leichte bis mässige bilaterale Unkarthrose C3/4, begleitet von einer kleinen medianen Diskushernie, den Duralschlauch ventral geringfügig imprimierend, ohne relevante Myelonkompression oder Myelopathie (IV-act. 64-23). Es ist nicht ersichtlich und wird im Übrigen vom Beschwerdeführer auch nicht dargelegt, inwiefern die gutachterliche Würdigung der bildgebenden Untersuchungsergebnisse unzutreffend oder mit den Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ nicht vereinbar wäre. Ein Anlass für weitere Abklärungen ergibt sich nicht. Der Beschwerdeführer benennt denn auch nicht konkrete abklärungsbedürftige Gesichtspunkte.



2.5 Befremdend ist aus der Sicht des Beschwerdeführers sodann, dass die Gutachter keine Hinweise auf eine Instabilität der HWS festgestellt hätten, nachdem der Radiologiebericht vom 6. Juni 2011 auf eine Instabilität hinweise (act. G 1, S. 12). Der orthopädische ZMB-Gutachter berichtete in diesem Zusammenhang, die Funktionsaufnahmen der HWS vom 25. Juli 2011 (siehe hierzu IV-act. 64-52) hätten keine Hinweise für eine Instabilität ergeben. Es hätten sich ein diskretes Wirbelgleiten von 1 bis 2 mm sowie degenerative Veränderungen gezeigt (IV-act. 64-38). Dies ist mit der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ vereinbar, der Wirbelgleiten von maximal 1,5 mm bzw. maximal gut 1 mm erwähnte und differentialdiagnostisch (lediglich) von einer latenten segmentalen Instabilität sprach (IV-act. 64-44). Weder aus dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten Radiologiebericht vom 6. Juni 2011 (IV-act. 43-2) noch aus den Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt für Neurologie, der die bildgebenden Untersuchungen veranlasst hat, ergeben sich ins Gewicht fallende Abweichungen von der gutachterlichen Einschätzung (Bericht vom 4. Juli 2011, IV-act. 43-1).

2.6 Am psychiatrischen Teil des Gutachtens kritisiert der Beschwerdeführer einzig die Angabe des psychiatrischen Gutachters, er (der Beschwerdeführer) sei in psychiatrischer Behandlung gewesen. Dies treffe nicht zu (act. G 1, S. 12). Vorab ist anzumerken, dass die Frage nach einer psychiatrischen Behandlung bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht herangezogen wurde und ferner nicht ersichtlich ist, inwiefern dieser Gesichtspunkt hierfür relevant wäre. Aus den gesamten Akten und insbesondere auch aus dem ZMB-Gutachten ergeben sich abgesehen von der gerügten Stelle im psychiatrischen Teil des Gutachtens keine Anhaltspunkte für eine vom Beschwerdeführer in Anspruch genommene psychiatrische Behandlung. Hinzu kommt, dass der psychiatrische Gutachter eine psychiatrische Behandlung nicht für indiziert hielt (IV-act. 64-36). Im Licht dieser Umstände sowie der gewählten Formulierung "er sei noch in psychiatrischer Behandlung gewesen" (IV-act. 64-33) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem - für die Beweiswürdigung folgenlosen - Versehen im Rahmen der Textverarbeitung auszugehen. Es scheint, als ob an dieser Stelle das Wort "nie" versehentlich nicht eingefügt wurde. Dafür spricht, dass an einer weiteren Stelle ein vergleichbarer redaktioneller Fehler offenkundig ist ("Der Versicherte war nach seiner Einreise einige Asylant", IV-act. 64-34).



2.7 Bei der Würdigung des ZMB-Gutachtens fällt sodann ins Gewicht, dass es auf eigenständigen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden gewürdigt. Die Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten 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. Ergänzend kann auf die schlüssigen Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 3. Oktober 2012 (IV-act. 73) hingewiesen werden.

3.

Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten kann angesichts des lediglich leicht überdurchschnittlichen, unbestritten gebliebenen Valideneinkommens (IV-act. 74-2; vgl. auch IV-act. 66 sowie den IK-Auszug in IV-act. 12) eine konkrete Ermittlung des Invaliditätsgrads unterbleiben, da selbst die Gewährung eines 25%igen Tabellenlohnabzugs zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad führt.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtspflege am 13. Dezember 2012 bewilligt (act. G 4). Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung 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/CH; SR 272]).

4.3 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.--



aufzuerlegen. Zuzolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

4.4 Der Staat bezahlt zuzolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der 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 pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zuzolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).