



**Fall-Nr.:** IV 2017/13  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.05.2020  
**Entscheiddatum:** 12.04.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.04.2019**

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Rente der Invalidenversicherung.  
Invaliditätsbemessung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons  
St. Gallen vom 12. April 2019, IV 2017/13). Bestätigt durch Urteil des  
Bundesgerichts 8C\_362/2019.**

#### **Entscheid vom 12. April 2019**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2017/13

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Barbara Wyler,

Wyler Koch Partner AG, Zürcherstrasse 310, Postfach 340, 8501 Frauenfeld,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im Mai 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 4). Gemäss einem Bericht des Psychiatrie-Zentrums B.\_\_\_\_ vom 12. September 2008 litt er an einer möglicherweise psychisch bedingten unklaren Dyspnoe mit einer Hyperventilation (IV-act. 21). Die Ärzte hielten fest, der Versicherte sei ihnen vom Hausarzt zugewiesen worden, der den Verdacht auf eine Angststörung hege. Die Problematik bestehe seit Februar 2008. Mehrere Arbeitsversuche seien gescheitert. Der Versicherte habe angegeben, dass er einmal im Rahmen einer Angstattacke einen Verkehrsunfall verursacht habe. Im Sommer 2008 sei der Versicherte trotz der Krankschreibung und des klaren Hinweises, dass er angesichts seiner Krankheit nicht ins Ausland fahren dürfe, für zwei Monate in seine Heimat gereist. Die Klinik für Innere Medizin des Spitals C.\_\_\_\_ hatte am 4. September 2008 berichtet (IV-act. 22), der Versicherte leide an unklaren Panikattacken und an einer diskreten Reflux-Oesophagitis. Anamnestisch bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine somatoforme Störung. Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_ am 16. Oktober 2008 ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 32). Er führte aus, der Versicherte habe angegeben, dass er „nicht einmal zwei Prozent“ arbeiten könne, weil er „keine Luft“ habe und unter einer Angst leide. Der behandelnde Psychiater vom Psychiatrie-Zentrum B.\_\_\_\_ habe in einem Telefonat festgehalten, dass der Versicherte seines Erachtens aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig sei. Bei der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ habe sich der objektive klinische Befund unauffällig dargestellt. Diagnostisch liege eine somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes respektive eine psychogene Oesophagie vor. Diese wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus. Mit einer Verfügung vom 26. März 2009 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des



Versicherten mit der Begründung ab, weder die Anspruchsvoraussetzungen für eine Arbeitsvermittlung noch jene für eine Rente seien erfüllt (IV-act. 40).

A.b Am 6. April 2009 berichtete die Klinik für Innere Medizin des Spitals C.\_\_\_\_ (IV-act. 43), am 25. März 2009 sei erstmals ein systemischer Lupus erythematoses diagnostiziert worden. Aktuell leide der Versicherte an einer Lupus-Nephritis. Mit einer Verfügung vom 21. April 2009 widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 26. März 2009; sie kündigte an, dass sie weitere Abklärungen tätigen werde (IV-act. 45). Am 23. Juli 2009 erstattete Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ im Auftrag der Krankentaggeldversicherung ein neurologisches Gutachten (Fremdakten). Er hielt fest, der Lupus erythematoses sei gut kompensiert, aber der Versicherte sei auf eine andauernde Medikation angewiesen, weshalb für Verweistätigkeiten nur eine Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent attestiert werden könne. Die Verhaltensauffälligkeiten seien nicht auf den Lupus erythematoses zurückzuführen, sondern psychogen. Das Spital C.\_\_\_\_ berichtete im Dezember 2009 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer nun vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten (IV-act. 63). Die Rheumatologin Dr. med. F.\_\_\_\_ teilte im Juni 2010 mit (IV-act. 76), der Lupus erythematoses wirke sich auf die Muskeln und das Skelett (aktuell nicht erosive Polyarthralgien, ISG-Arthritis beidseits) sowie auf die Niere aus. Seit etwa Mai 2007 sei der Versicherte wegen der Schmerzen und der Müdigkeit vollständig arbeitsunfähig. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Ärztliches Begutachtungsinstitut (ABI) GmbH am 28. Februar 2011 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 88). Die Sachverständigen hielten fest, bei der klinischen rheumatologischen Untersuchung seien erhebliche Diskrepanzen aufgefallen. Der Versicherte leide zwar sicher an einem systemischen Lupus erythematoses mit einer bioptisch gesicherten Nierenbeteiligung. Unter der adäquaten immunsuppressiven Medikation hätten aber aktuell weder klinisch noch labormässig Hinweise für eine relevante persistierende Krankheitsaktivität festgestellt werden können. Das klinische Gesamtbild habe auf ein deutlich gesteigertes Krankheitsverhalten hingewiesen. Aus psychiatrischer Sicht leide der Versicherte an einer leichten depressiven Episode und an einer Panikstörung mit einer Agoraphobie. Aus polydisziplinärer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten 80 Prozent, denn der Versicherte benötige zusätzliche Pausen im Umfang von 20 Prozent. Mit einer Verfügung vom 8. September 2011 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (IV-act. 100).



A.c Am 10. Oktober 2011 liess der Versicherte eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. September 2011 erheben (IV-act. 105). Sein Rechtsvertreter wies unter anderem darauf hin, dass der Versicherte am 4. Oktober 2011 in eine stationäre psychiatrische Behandlung eingetreten sei. Mit einer Verfügung vom 5. Dezember 2011 widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 8. September 2011 (IV-act. 113). Das Beschwerdeverfahren wurde in der Folge als gegenstandslos abgeschrieben (vgl. IV-act. 115). Bereits am 27. Oktober 2011 hatte die Klinik G.\_\_\_\_ berichtet (IV-act. 119–7 ff.), der Versicherte leide an einer gemischten Angst- und depressiven Störung, an psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, an einem systemischen Lupus erythematodes sowie an sonstigen Problemen mit Bezug auf den engeren Familienkreis. Er sei am 5. Oktober 2011 in die stationäre Behandlung eingetreten und habe diese dann am 18. Oktober 2011 überraschend vorzeitig beendet. Am 1. Mai 2012 berichtete der Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_ (IV-act. 125), der Versicherte leide an einer depressiven Störung mittleren, intermittierend auch schweren Grades sowie an einer Anpassungsstörung. Alle Krankheiten zusammen betrachtet liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor. In den therapeutischen Gesprächen habe der Versicherte medizinische Sachverständige und Institutionen „recht derb und vorlaut“ angeschuldigt, diese hätten mit seinem Leben gespielt und ihn als Versuchskaninchen missbraucht. Er sei bei diesen Schilderungen ins Schreien und Gestikulieren gekommen und habe ausser sich gewirkt. Bei den therapeutischen Gesprächen seien plötzliches Weinen und lautes Schreien „auf der Tagesordnung“. Mit einer Verfügung vom 23. November 2012 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab (IV-act. 133).

A.d Am 1. Dezember 2014 liess der nun anwaltlich vertretene Versicherte eine Neuanmeldung zum Leistungsbezug einreichen (IV-act. 141). Dieser Neuanmeldung lag ein Bericht des Amtsarztes I.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2013 bei (IV-act. 142). Der Amtsarzt hatte darin festgehalten, dass er nach einer Auseinandersetzung mit den medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte und einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers zum Schluss gekommen sei, dass sich dessen Gesundheitszustand im Verlauf des Jahres 2013 massiv verschlechtert haben müsse. Am 30. Januar 2015 notierte Dr. med. J.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die „dramatisch anmutende Neuanmeldung“ und der dieser beigelegte „nicht minder aufwühlende“ Bericht des Amtsarztes I.\_\_\_\_ liessen eine Verschlechterung



des Gesundheitszustandes seit der Abweisung des letzten Leistungsbegehrens als möglich erscheinen, weshalb auf die Neu anmeldung eingetreten werden müsse (IV-act. 146). Am 9. Februar 2015 meldete sich der Versicherte zusätzlich zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-act. 149). Er gab an, er benötige eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe bei der Fortbewegung im Freien und bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Zudem benötige er eine dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe und eine lebenspraktische Begleitung. Am 3. Juli 2015 teilte Dr. F.\_\_\_\_ mit (IV-act. 164–1 ff.), die Angaben des Versicherten über dessen Hilflosigkeit stimmten mit ihren Feststellungen überein. Der Versicherte sei nicht in der Lage, einen Spaziergang von 15–30 Minuten oder länger zu machen. Sie wisse nicht, ob er noch Auto fahre. Im Mai 2015 habe sich der Versicherte in einer stationären Behandlung befunden. Die Kliniken Valens hatten am 4. Juni 2015 über diesen stationären Aufenthalt berichtet und festgehalten (IV-act. 164–4 ff.), der Zustand des Versicherten habe weitgehend jenem vor etwa zweieinhalb Jahren entsprochen. Neu aufgefallen seien allerdings Symptome eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms.

A.e Am 15. August 2016 erstattete das BEGAZ im Auftrag der IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 221). Der rheumatologische Sachverständige hielt fest, sowohl bei der Anamneseerhebung als auch bei der klinischen Untersuchung seien zahlreiche Diskrepanzen aufgefallen. Unter anderem habe der Versicherte angegeben, dass er nicht mehr selber Auto fahren könne. Nach der Verabschiedung habe er die Praxis mit einem kleinschrittigen Gang und mit einem Schonhinken rechts verlassen. Ausserhalb der Praxis habe er kein Schonhinken mehr gezeigt. Das Gangbild sei symmetrisch gewesen, die Schrittlänge normal. Der Versicherte habe auf dem Fahrersitz eines Autos Platz genommen, das auf dem Parkplatz vor dem Gebäude abgestellt gewesen sei, und sei dann mit diesem Auto davon gefahren. Bezüglich des im Jahr 2009 diagnostizierten Lupus erythematodes sei in den medizinischen Vorakten wiederholt darauf hingewiesen worden, dass objektiv keine wesentliche systemische Entzündungsaktivität vorhanden sei. Die behandelnde Rheumatologin Dr. F.\_\_\_\_ habe telefonisch angegeben, dass die systemischen Entzündungswerte auch bei der letzten Laborkontrolle vom 10. Juni 2016 wieder im tiefnormalen Bereich gelegen hätten: Die Blutsenkung habe 2mm/h betragen (alters- und geschlechtsspezifische Norm bis 20mm/h). Der CRP-Wert habe bei 0,5mg/l gelegen (Norm bis 5mg/l). Das bei der klinischen Untersuchung vorherrschende ubiquitäre Schmerzsyndrom entspreche



keinem rheumatologischen Krankheitsbild, wobei allerdings von einer deutlich bewusstseinsnahen Symptomausgestaltung ausgegangen werden müsse. Unter Berücksichtigung der Angaben in den Vorakten dürfte der Versicherte zu Beginn der diagnostizierten Kollagenose respektive von Herbst 2008 bis zum Beginn des Jahres 2010 vollständig arbeitsunfähig gewesen sein. Seither bestünden keine relevanten Aktivitätszeichen, sodass ab diesem Zeitpunkt für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten von einer Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent ausgegangen werden könne, wobei sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 Prozent aus einem erhöhten Pausenbedarf ergebe. Der pneumologische Sachverständige führte aus, die in den Akten vermerkte Diagnose eines COPD lasse sich angesichts der objektiven Befunde nicht aufrecht erhalten. Das leichtgradige obstruktive Apnoesyndrom wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus. Es erkläre auch nicht die vom Versicherten geklagte Symptomatik, bei der es sich um eine funktionelle Atemstörung und damit nicht um ein pulmonales Problem handle. Aus pneumologischer Sicht sei der Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Der psychiatrische Sachverständige hielt fest, der Versicherte habe sich in der Untersuchung nur bedingt kooperativ verhalten. Seine Aussagen seien teilweise widersprüchlich gewesen. Auch bezüglich des Schmerzverhaltens seien Diskrepanzen aufgefallen. Dennoch hätten die Symptome einer leichtgradigen depressiven Episode objektiviert werden können. Diagnostisch handle es sich unter Berücksichtigung der Angaben in den medizinischen Vorakten um eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig leichtgradigen Episode. Die in den Vorakten erwähnte Agoraphobie mit Panikstörung habe im Rahmen der Begutachtung nicht objektiviert werden können. Die Arbeitsfähigkeit sei höchstens um 30 Prozent eingeschränkt. In ihrer Konsensbeurteilung führten die Sachverständigen unter anderem aus, dass dem Versicherten leichte, wechselbelastende Tätigkeiten im Umfang von 70 Prozent zumutbar seien. Der RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ qualifizierte das Gutachten des BEGAZ als überzeugend (IV-act. 230). Mit einem Vorbescheid vom 4. Oktober 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie die Abweisung seines Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 232). Dagegen liess dieser am 4. November 2016 einwenden (IV-act. 236), er verwahre sich gegen den Vorwurf einer Symptomausweitung. Bei ihm liege ein Multiorganbefall durch einen Lupus erythematodes vor, der die Haut, die Schleimhäute, die Gelenke, die Nieren und



die Leber betreffe. Offensichtlich habe er sich im Zeitpunkt der Begutachtung in einer guten Phase befunden. Ein systemischer Lupus erythematodes verlaufe aber schubförmig. Das Gutachten werde der Gesundheitsbeeinträchtigung des Versicherten jedenfalls nicht gerecht. Mit einer Verfügung vom 25. November 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab (IV-act. 243).

B.

B.a Am 10. Januar 2017 liess der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. November 2016 erheben (act. G 1). Seine Rechtsvertreterin beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer ganzen Invalidenrente mit Wirkung ab dem 1. Juni 2015 und eventualiter die Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen. Zur Begründung führte sie an, die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) habe den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt, denn sie sei mit keinem Wort auf seine Einwände gegen den Vorbescheid vom 4. Oktober 2016 eingegangen. Vielmehr habe sie die Eingabe des Beschwerdeführers offenbar nur zum Anlass genommen, den Invaliditätsgrad mit der Begründung von 27 Prozent auf 16 Prozent herabzusetzen, eine leichtgradige depressive Störung sei nicht „invalidisierend“. Damit habe auch die Beschwerdegegnerin offenkundig das Gutachten des BEGAZ als teilweise nicht überzeugend qualifiziert. Das Gutachten des BEGAZ werde der „speziellen gesundheitlichen Einschränkung“ des Beschwerdeführers nicht gerecht. Der Beschwerdeführer hätte über einen längeren Zeitraum beobachtet werden müssen; er verwehre sich gegen den Vorwurf einer Symptomausweitung. Am 7. November 2016 habe er versuchsweise eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen mit einem Pensum von 50 Prozent aufgenommen. Bereits nach einem Monat habe er diese Tätigkeit aber krankheitsbedingt wieder aufgeben müssen. Der Betriebsleiter habe ihn notfallmässig ins nächstgelegene Spital fahren müssen. Dort sei der Verdacht auf eine schwere depressive Episode mit einer akuten Suizidalität geäussert worden, weshalb man den Beschwerdeführer mittels einer fürsorglichen Unterbringung in die Klinik G.\_\_\_\_ verlegt habe. Der Beschwerdeschrift lag ein Verlegungsbericht des Spitals K.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2016 bei (act. G 1.1.4). Am 13. Januar 2017 liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2017 einreichen (act. G 4.1). Diese hatte festgehalten, im Jahr 2016 sei es zu



## St.Galler Gerichte

vier akuten Krankheitsschüben gekommen. Der Beschwerdeführer sei seit dem Jahr 2009 vollständig arbeitsunfähig.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 24. Februar 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 8). Zur Begründung führte sie an, sie habe den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör beziehungsweise ihre Begründungspflicht nicht verletzt, denn sie habe ihre Verfügung eingehend begründet. Das Gutachten des BEGAZ sei in jeder Hinsicht überzeugend. Rechtsprechungsgemäss dürfe die vom psychiatrischen Sachverständigen attestierte Arbeitsunfähigkeit aber nicht berücksichtigt werden.

B.c Der Beschwerdeführer liess am 5. April 2017 an seinen Anträgen festhalten (act. G 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 14).

B.d Am 26. Juni 2017 liess der Beschwerdeführer eine Stellungnahme des Betriebsleiters der L.\_\_\_\_ AG vom 22. Juni 2017 einreichen (act. G 18.1.1). Dieser hatte festgehalten, der Beschwerdeführer habe stehende Arbeiten jeweils nur für kurze Zeit verrichten können. Er habe unter Schwindel gelitten und sitzend weiterarbeiten müssen. Später sei eine undefinierbare Übelkeit hinzugekommen. Einige Arbeitsunterbrüche seien wohl auf psychische Angstzustände zurückzuführen gewesen. Einmal habe der Beschwerdeführer notfallmässig ins Spital eingeliefert werden müssen. Ein geschwollener Fuss, der ihm grosse Schmerzen verursacht habe, habe ihn ebenfalls an der Arbeit gehindert. Aufgrund der krankheitsbedingten Einschränkungen sei die Arbeitsleistung sehr tief gewesen.

B.e Am 31. Juli 2017 liess der Beschwerdeführer einen Bericht der Kliniken Valens vom 26. Juni 2017 einreichen (act. G 20.1). Die Ärzte hatten festgehalten, der Beschwerdeführer leide an einem Lupus erythematodes, an einer Panikstörung mit einer episodisch paroxysmalen Angst, an einer Dysthymie und an einem leichten Schlafapnoesyndrom. Im Alltag stünden gegenwärtig die Panikattacken im Vordergrund, die sich in Richtung einer generalisierten Angststörung entwickelten. Aus somatischer Sicht sei ein geregelter aktiver Tagesablauf mit einer Mithilfe im Haushalt und bei der Kindererziehung zu empfehlen.

## Erwägungen



1.

Der Beschwerdeführer hat eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 42 ATSG) gerügt. Seine Rüge betrifft bei genauer Betrachtung allerdings nicht eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör, sondern eine Verletzung der Begründungspflicht (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Eine entsprechende Rechtswidrigkeit müsste grundsätzlich ohne Weiteres zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung führen, denn sie könnte nur durch eine (nun verfahrensrechtlich korrekte) Wiederholung des sogenannten „Vorbescheidsverfahrens“ behoben werden. Folglich muss als Erstes geprüft werden, ob eine Verletzung der Begründungspflicht vorliegt. Die Begründungspflicht verfolgt keinen Selbstzweck. Sie soll es dem Verfügungsadressaten ermöglichen nachzuvollziehen, aus welchen Gründen ein Entscheid zustande gekommen ist, damit der Verfügungsadressat dann in Kenntnis der relevanten Gesichtspunkte entscheiden kann, ob und allenfalls mit welchen Argumenten er den Entscheid anfechten will. Diesen Zweck hat die angefochtene Verfügung erfüllt, denn die Beschwerdegegnerin hat darin eingehend dargelegt, von welchen Gründen sie sich bei der Entscheidungsfindung hatte leiten lassen. Dass sich die Beschwerdegegnerin nur kurz zu den Einwänden des Beschwerdeführers bezüglich des Gutachtens des BEGAZ geäußert hat, stellt keine Verletzung der Begründungspflicht dar, weil die Beschwerdegegnerin damit klargestellt hat, warum sie weiterhin von einem ausreichenden Beweiswert des Gutachtens ausgegangen ist. Dem Beschwerdeführer ist es in der Folge denn auch möglich gewesen, eine ausführlich begründete Beschwerde zu erheben. Eine Verletzung der Begründungspflicht liegt folglich nicht vor.

2.

Gemäss dem Art. 87 Abs. 3 IVV wird eine Neuanmeldung zum Leistungsbezug nach der Abweisung eines früheren Rentenbegehrens nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft gemacht hat, dass sich der anspruchsbegründende Sachverhalt seit der Abweisung des früheren Rentenbegehrens massgeblich verändert hatte. Die Beschwerdegegnerin ist vorliegend zu Recht auf die Neuanmeldung vom 1. Dezember 2014 eingetreten, da mit dem dieser Neuanmeldung beigelegten Bericht des Amtsarztes I.\_\_\_\_ eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht war.



3.

3.1 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 gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität wird gemäss dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der zumutbaren 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.

3.2 Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens werden medizinischen Angaben zur Arbeitsfähigkeit der versicherten Person benötigt. Vorliegend stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach der Überzeugungskraft des Gutachtens des BEGAZ. Die Sachverständigen haben sich intensiv mit den Vorakten auseinandergesetzt, den Beschwerdeführer eingehend persönlich untersucht und sich telefonisch bei der behandelnden Rheumatologin Dr. F.\_\_\_\_ nach den aktuellsten Laborwerten erkundigt. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers haben sie also nicht nur über eine „Momentaufnahme“, sondern über eine fundierte Kenntnis betreffend den gesamten Behandlungszeitraum der vergangenen sieben Jahre seit der Erstdiagnose des systemischen Lupus erythematoses verfügt. Sie haben überzeugend aufgezeigt, dass bei der damals aktuellsten Laboruntersuchung vom Juni 2016 wiederum keine auffälligen Werte festgestellt worden waren. Zwar hat Dr. F.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 11. Januar 2017 geltend gemacht, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2016 vier Krankheitsschübe durchlitten habe, aber die unauffälligen Laborwerte im Juni 2016 und die fehlenden Angaben zu entsprechenden objektiven Befunden im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2017 deuten eher darauf hin, dass diese „Krankheitsschübe“ nicht mit entsprechenden objektiven Befunden einher gegangen sind. Zudem scheinen die Angaben im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2017 insgesamt weitestgehend auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu



beruhen, weshalb der starke Verdacht besteht, dass es sich bei den „Krankheitsschüben“ nicht um objektive Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, sondern um im Rahmen der bekannten Aggravationstendenz geltend gemachte „Schübe“ gehandelt haben könnte. Angesichts der fehlenden Überzeugungskraft der Angaben des Beschwerdeführers (vgl. dazu unten) können medizinische Schlussfolgerungen, die sich massgeblich auf diese subjektiven Angaben stützen, zum Vorneherein nicht überzeugend sein. Insgesamt ist es also überwiegend wahrscheinlich im Jahr 2016 nicht zu einer massgeblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gekommen. Wie der rheumatologische Sachverständige des BEGAZ überzeugend dargelegt hat, enthalten die früheren Berichte keine Hinweise auf eine relevante Entzündungsaktivität. Der Verlauf des systemischen Lupus erythematodes ist also in den Jahren 2009–2016 unauffällig und stabil gewesen. Auch bei der klinischen Untersuchung durch den rheumatologischen Sachverständigen sind keine objektiven klinischen Befunde aufgefallen, die auf eine massgebliche Beeinträchtigung durch den systemischen Lupus erythematodes hingewiesen hätten. Bezüglich der vielfältigen Klagen des Beschwerdeführers hat der rheumatologische Sachverständige des BEGAZ anschaulich aufgezeigt, dass es sich dabei zumindest um eine bewusstseinsnahe Aggravation gehandelt haben muss: Bei seinen anamnestischen Angaben hat sich der Beschwerdeführer mehrfach in Widersprüche verwickelt (Physiotherapie und Fitnesstraining vs. angebliche völlige Erschöpfung bei Bewegung; Übergewicht vs. angebliche Unfähigkeit, noch etwas essen zu können); bei der klinischen Untersuchung sind eine diffuse allgemeine Druckdolenz mit Berührungsschmerzen ohne jede organische Ursache, eine deutliche Gegeninnervation und eine sichtbare Selbstlimitierung aufgefallen; bei der Anamneseerhebung hat sich der Beschwerdeführer völlig unauffällig bewegt; der Beschwerdeführer ist in der Lage gewesen, den anstrengenden Fersenstand auszuüben, was sich nicht mit der präsentierten Kraft bei der entsprechenden Untersuchung hat vereinbaren lassen; beim Lasègue-Manöver sind die Resultate bei Ablenkung ganz anders als ohne Ablenkung ausgefallen; das Gangbild ist in der Untersuchung kleinschrittig und von einem Schonhinken geprägt, ausserhalb der Untersuchung aber völlig unauffällig gewesen; trotz der Beteuerung, nicht mehr selber Auto fahren zu können, ist der Beschwerdeführer nach der Untersuchung selbständig mit einem Auto vom Parkplatz



gefahren. Vor diesem Hintergrund kann den Angaben des Beschwerdeführers und den sich massgeblich darauf stützenden medizinischen Schlussfolgerungen keinerlei Überzeugungskraft zukommen. Das bedeutet allerdings auch, dass das psychiatrische Teilgutachten besonders kritisch auf seine Überzeugungskraft geprüft werden muss, da sich psychiatrische Beurteilungen erfahrungsgemäss in aller Regel zum Teil auch auf subjektive Angaben der explorierten Person stützen. Vorliegend hat auch der psychiatrische Sachverständige des BEGAZ auf Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten hingewiesen. Ihm muss also bewusst gewesen sein, dass die Angaben des Beschwerdeführers keine zuverlässige Grundlage für die Diagnosestellung und für die Arbeitsfähigkeitsschätzung bilden konnten. Aus seiner Beurteilung geht allerdings nicht eindeutig hervor, dass er wirklich nur auf die objektiv fassbaren klinischen Befunde abgestellt und den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers tatsächlich keine Rechnung getragen hätte. Diesbezüglich weist das psychiatrische Teilgutachten des BEGAZ also eine verminderte Begründungsdichte auf. Für das Versicherungsgericht ist deshalb nicht vollständig nachvollziehbar, ob sich die Diagnosestellung die Arbeitsfähigkeitsschätzung allein auf die objektiven klinischen Befunde oder aber teilweise auch – trotz der erkannten Widersprüchlichkeiten – auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Kliniken Valens in ihrem Bericht vom 26. Juni 2017 lediglich eine Dysthymie diagnostiziert haben (dafür taucht in jenem Bericht allerdings wieder die Diagnose einer Angst- und Panikstörung auf, die vom psychiatrischen Sachverständigen des BEGAZ überzeugend als unhaltbar verworfen worden ist). Das weckt den Eindruck, dass die Diagnose einer leichtgradigen – also das Ausmass einer Dysthymie übersteigenden – depressiven Störung im Gutachten des BEGAZ tatsächlich von den verzerrten Angaben des Beschwerdeführers beeinflusst gewesen sein könnte. Derselbe Verdacht besteht auch bezüglich des Attestes einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 Prozent selbst für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten. Diese geringfügige Unsicherheit schadet allerdings nicht. Wenn nämlich das Ergebnis des psychiatrischen Teilgutachtens durch eine Mitberücksichtigung der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers verfälscht worden wäre, dann hätte sich diese Verfälschung zugunsten des Beschwerdeführers ausgewirkt, das heisst der psychiatrische Sachverständige hätte einen zu hohen Arbeitsunfähigkeitsgrad attestiert. Mit anderen Worten hätte in einem solchen Fall die



objektive Arbeitsfähigkeitsschätzung einen tieferen Arbeitsunfähigkeitsgrad liefern müssen. Der Beschwerdeführer kann also jedenfalls nur maximal 30 Prozent arbeitsunfähig gewesen sein, worauf der psychiatrische Sachverständige des BEGAZ ja ebenfalls hingewiesen hat. Wie die nachfolgende Invaliditätsgradsberechnung zeigen wird, spielt es für das Ergebnis keine Rolle, ob der Arbeitsunfähigkeitsgrad genau 30 Prozent oder aber weniger betragen hat, denn selbst bei einer Arbeitsunfähigkeit von 30 Prozent für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

3.3 Der Beschwerdeführer hat keine Berufsausbildung absolviert und er ist bis zum Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung als ein Hilfsarbeiter tätig gewesen. Seine Validenkarriere besteht folglich in der Verrichtung einer Hilfsarbeitertätigkeit. Zwar hat er bis zum Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nur ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt, aber die Akten enthalten keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer nur unterdurchschnittlich leistungsfähig gewesen wäre. Der unterdurchschnittliche Lohn ist also nicht in der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers, sondern in Zwängen des invalidenversicherungsrechtlich nicht massgebenden tatsächlichen Arbeitsmarktes begründet gewesen. Hätte sich dem Beschwerdeführer damals die Gelegenheit geboten, eine besser entlohnte Arbeitsstelle anzutreten, hätte er von dieser Gelegenheit Gebrauch gemacht. Das Valideneinkommen entspricht deshalb einem durchschnittlichen Hilfsarbeitereinkommen. Dem Beschwerdeführer ist es trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigung zumutbar, eine leidensadaptierte Hilfsarbeit zu verrichten. Da keine statistische Grundlage für die Annahme existiert, dass körperlich leichte Hilfsarbeiten generell schlechter entlohnt würden als körperlich schwere Hilfsarbeiten, entspricht auch der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens einem durchschnittlichen Hilfsarbeitereinkommen. Bei der Invaliditätsberechnung kann der Betrag mathematisch keine Rolle spielen, weshalb der Invaliditätsgrad anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu berechnen ist, das heisst er entspricht dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen sogenannten Tabellenlohnabzug. Ein solcher Abzug wird berücksichtigt, wenn eine Person mit einer Gesundheitsbeeinträchtigung ihre verbliebene Restarbeitsfähigkeit nicht mit einem durchschnittlichen wirtschaftlichen Erfolg verwerten kann. Für die Beantwortung der Frage, ob im Einzelfall ein Tabellenlohnabzug zu berücksichtigen ist,



muss folglich geprüft werden, ob ein strikt betriebswirtschaftlich-ökonomisch denkender potentieller Arbeitgeber der versicherten Person einen (dem zumutbaren Pensum entsprechenden) durchschnittlichen Lohn bezahlen würde. Das ist der Fall, wenn die versicherte Person ihre Restarbeitsfähigkeit so verwerten kann, dass der Wert ihrer Arbeitsleistung betriebswirtschaftlich-ökonomisch betrachtet jenem einer gesunden, durchschnittlich leistungsfähigen Person entspricht, die im selben Pensum angestellt ist. Unterliegt die Arbeitsleistung der versicherten Person aber krankheits- oder unfallbedingt starken Schwankungen, ist die versicherte Person nicht in der Lage, ihre Arbeitsleistung konstant zuverlässig und damit im Voraus planbar zu erbringen, besteht das Risiko von vermehrten unerwarteten krankheitsbedingten Absenzen oder liegen ähnliche Gründe vor, die den betriebswirtschaftlich-ökonomischen Wert der Arbeitsleistung der versicherten Person schmälern, muss ein Tabellenlohnabzug vorgenommen werden. Beim Beschwerdeführer liegen solche Umstände vor, die einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen: Der systemische Lupus erythematosus ist zwar seit Jahren stabil, aber trotzdem muss für die Zukunft jederzeit mit einem Schub gerechnet werden. Ein betriebswirtschaftlich-ökonomisch denkender potentieller Arbeitgeber muss also das Risiko vermehrter krankheitsbedingter Absenzen als Minderwert vorweg einkalkulieren. Zusätzlich ist aufgrund der leichtgradigen depressiven Störung respektive der Dysthymie mit gewissen nicht planbaren Schwankungen der Arbeitsleistung des Beschwerdeführers zu rechnen, die allerdings nicht allzu schwer ins Gewicht fallen. Praxisgemäss rechtfertigt sich deshalb ein Tabellenlohnabzug von zehn Prozent. Der Invaliditätsgrad beläuft sich damit auf maximal 37 Prozent (=  $100\% - 90\% \times 70\%$ ). Da erst ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent ein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung entstehen kann, erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtmässig.

3.4 Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass die vom rheumatologischen Sachverständigen des BEGAZ für den Zeitraum von Herbst 2008 bis zum Jahresbeginn 2010 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit für das Ergebnis irrelevant ist, da sich der Beschwerdeführer erst am 1. Dezember 2014 (erneut) zum Leistungsbezug angemeldet hat und da ein Rentenanspruch folglich gemäss dem Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Juni 2015 hätte entstehen können.

4.



Die Gerichtskosten von 600 Franken wären an sich dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist dieser aber von der Pflicht zur Bezahlung der Gerichtskosten befreit. Da ihm auch die unentgeltliche Rechtsverteiständung bewilligt worden ist, hat der Staat seiner Rechtsverteilerin eine Entschädigung für den erforderlichen Vertretungsaufwand auszurichten. Die Rechtsverteilerin hat eine Honorarnote über 4'636.05 Franken eingereicht (act. G 20.2). Dieser Betrag ist als deutlich übersetzt zu qualifizieren, da es sich vorliegend um einen durchschnittlich aufwendigen Rentenfall handelt. Praxisgemäss ist die Entschädigung deshalb auf 80 Prozent von 3'500 Franken, also auf 2'800 Franken festzusetzen. Sollten es seine wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteiständung verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Pflicht zur Bezahlung der Gerichtskosten von 600 Franken befreit.

3.

Der Staat hat die Rechtsverteilerin des Beschwerdeführers mit 2'800 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.