



**Fall-Nr.:** IV 2017/399  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.05.2020  
**Entscheiddatum:** 07.03.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.03.2019**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 16 ATSG: Es liegt ein als beweiskräftig zu beurteilendes Gutachten vor, wonach beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe. Da das Gutachten jedoch keine schweren Einschränkungen beschreibt, ist invalidenversicherungsrechtlich interdisziplinär die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit von 65 % massgebend (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. März 2019, IV 2017/399).**

#### **Entscheid vom 7. März 2019**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela

Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner;

Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/399

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Advokatin lic. iur. Karin Wüthrich, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten 1 Fächer,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a Der zuvor als Hilfskoch tätige A.\_\_\_\_ meldete sich am 8. September 2010 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1).

A.b Dr. med. B.\_\_\_\_, Oberarzt, Leiter Ambulatorium (der Psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_), berichtete am 4. Januar 2011, der Versicherte leide seit Juli 2009 an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit bis zum 14. Februar 2010 100 % und seither 50 % (IV-act. 32). Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt im Verlaufsbericht vom 7. März 2011 weiter die Verdachtsdiagnose einer Psoriasisarthropathie sowie die Diagnosen eines Polyarthrosesyndroms mit Coxarthrose bds. und beginnender Gonarthrose bds., eines Asthma bronchiale bei Hausstaubmilbenallergie sowie einer Ichthyosis vulgaris der Unterschenkel fest. Aus internistisch-rheumatologischer Sicht bestehe für leichte körperliche Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 36-1, 3).

A.c Die IV-Stelle gewährte dem Versicherten gemäss Mitteilung vom 28. September 2012 Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (IV-act. 50). Nachdem die



Integration in den Arbeitsmarkt nicht gelang, teilte sie dem Versicherten am 25. Februar 2013 mit, dass (weitere) berufliche Massnahmen nicht angezeigt seien (IV-act. 54).

A.d Mit Verfügung vom 23. Juli 2013 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren auf Ausrichtung einer Rente ab (IV-act. 68). Am 13. September 2013 (IV-act. 73-2) bzw. 9. Oktober 2013 (Beschwerdeergänzung) liess der Versicherte gegen die Verfügung vom 23. Juli 2013 Beschwerde erheben und beantragte ab 1. Juli 2010 die Zusprache einer halben, ab 1. September 2010 einer ganzen und ab 1. Mai 2011 wiederum einer halben Rente (IV-act. 73-3 ff.). Mit Entscheid vom 12. November 2015 (Verfahren IV 2013/448) hob das Versicherungsgericht die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zu weiteren Abklärungen und zur neuen Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurück (IV-act. 91). Zusammenfassend bildeten die vorhandenen medizinischen Akten keine ausreichende Grundlage für die rechtliche Beurteilung, ob ein invalidenver-sicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege (E. 3.3, IV-act. 91-8).

A.e Dr.med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, erwähnte im Arztbericht vom 1. März 2016 als Diagnosen (1.) eine Psoriasis-Arthropathie bei bekannter Psoriasis vulgaris capitis, aktuell Therapiebeginn mit Leflunomid und NSAR, (2.) Hinweise auf sekundäre Polyarthrose, (3.) ein statisch-myalgisches WS-Syndrom sowie (4.) den Verdacht auf diffuse, am ehesten durch Inaktivität bedingte Muskelatrophie. Aktuell könne nicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden (IV-act. 101-2, 4). Dr. D.\_\_\_\_ konstatierte laut Verlaufsbericht vom 6. Juni 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Der Versicherte leide an einer weiterhin aktiven rheumatologischen Erkrankung unter Basisbehandlung mit Leflunomid und einer substantiellen depressiven Komponente unter Weiterführung der antidepressiven Medikation. Leider habe er bereits vor einiger Zeit die psychiatrische Gesprächstherapie abgebrochen. Eine Reintegration in den Arbeitsprozess scheine nicht möglich (IV-act. 105-7 f.).

A.f In der Folge beauftragte die IV-Stelle die MEDAS Zentralschweiz mit einer bidisziplinären Begutachtung (Dr.med. F.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, Rheumatologie FMH, Gutachten vom 30. Januar 2017, IV-act. 115-1 ff.; pract.med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie



und Psychotherapie FMH, Teilgutachten vom 13. Januar 2017, IV-act. 115-38 ff.). Die Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1.) eine Psoriasisarthropathie (ED Juni 2010), initial Befall diverser Fingergelenke, gemäss Szintigraphie vom 26. August 2010 Arthritis diverser Fingergelenke teilweise im Strahl, aktuell Partialremission, (2.) ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom myofaszialer Prägung, zervikale Streckhaltung mit Segmentkyphose C6/7, mittelschwere Segmentdegeneration C6/C7, (3.) ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom myofaszialer Prägung, Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung sowie lumbal-rechtskonvexe Skoliose bei Beckentiefstand rechts, leichte lumbosakrale Segmentdegeneration und Übergangsanomalie mit Lumbalisation von S1 mit hyperplastischem Querfortsatz links und Nearthrosebildung zum Sakrumflügel links und (4.) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Aus rheumatologischer Sicht sei der Versicherte hinsichtlich einer leidensadaptierten, körperlich leichten, nur gelegentlich mittelschweren Arbeit in wechselnden Körperpositionen gemäss Akten nachvollziehbar vom November 2010 bis März 2011 sowie ab dem 19. März 2012 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Gegenwärtig sei dem Versicherten ein tägliches Arbeitspensum von rund 6 Stunden pro Tag mit einer geschätzten Leistungseinschränkung von 10 %, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von rund 65 % zumutbar (IV-act. 115-27). Aus psychiatrischer Sicht sei in einfachen, körperlich deutlich weniger belastenden Arbeitssituationen mit weniger Zeitdruck eine Anwesenheit von 60 % mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % möglich und zumutbar. Es müssten immer wieder zusätzliche Pausen eingelegt werden können. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Sommer 2009 und sei damals überwiegend wahrscheinlich noch deutlich höher gewesen wegen der Depression (IV-act. 115-48). Bidisziplinär bestehe seit Juli 2009 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit und ab November 2010 eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 115-31).

A.g RAD-Arzt Dr.med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 10. Februar/20. März 2017 im Wesentlichen Stellung, das psychiatrische Teilgutachten sei in Bezug auf das Ausmass der Einschränkungen nicht nachvollziehbar bzw. zu pauschal, und formulierte entsprechende Ergänzungsfragen an den psychiatrischen Gutachter (IV-act. 116-3).



A.h Der psychiatrische Gutachter nahm ein erstes Mal am 28. März 2017 (IV-act. 119) und - nach offenbar telefonischer Rückfrage durch den RAD (Stellungnahme vom 7. April 2017, IV-act. 121) - ein zweites Mal am 18. Mai 2017 (IV-act. 124) Stellung. Am 9. Juni 2017 äusserte sich Dr. H.\_\_\_\_ abschliessend, es könne nicht von einer gemäss Rechtsprechung erforderlichen "schweren" Erkrankung ausgegangen werden (IV-act. 126). Der Rechtsdienst der IV-Stelle kam am 16. Juni 2017 zum Schluss, zusammenfassend ergebe sich das Bild eines wegen der psychischen Erkrankung mit Blick auf die objektive Zumutbarkeit nicht übermässig in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkten Versicherten. Es fehle an einem invalidisierenden (psychischen) Gesundheitsschaden. Daher sei auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht abzustellen. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit betrage demnach 65 % (IV-act. 127).

A.i Mit Vorbescheid vom 6. Juli 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IV-act. 130). Mit Einwand vom 11. September 2017 liess der Versicherte geltend machen, die Ausführungen, wonach kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, seien zurückzuweisen. Das bloss teilweise Abstellen auf ein Gutachten verstosse gegen den Untersuchungsgrundsatz. Überdies sei die Rückweisung durch das Gericht explizit erfolgt, um den Zusammenhang zwischen psychiatrischem und somatischem Gesundheitsschaden näher abzuklären. Die Einschätzung einer 65 %igen Arbeitsfähigkeit gelte für den Gutachtenszeitpunkt Januar 2017 und lasse sich nicht pauschal auf die seit Juli 2009 bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung übertragen. Bestritten wurde sodann der Einkommensvergleich und es wurde ein Tabellenlohnabzug von 15 % geltend gemacht (IV-act. 131).

A.j Mit Verfügung vom 27. September 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Psychiatrisch bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Versicherte sei aufgrund seiner psychischen Erkrankung nicht übermässig in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Es fehle unter Berücksichtigung der nicht schwer ausgeprägten diagnoserelevanten Befunde, mässiger Einschränkung im Alltag und nicht wahrgenommener Therapiemöglichkeiten an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. Daher sei lediglich auf die von den Gutachtern attestierte Einschränkung aus somatischer Sicht abzustellen. Der Umstand, dass dem



Beschwerdeführer nur leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar seien, bilde auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit keinen Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug. Zudem führe auch die langdauernde Abwesenheit vom Arbeitsmarkt zu keinem Abzug (IV-act. 132).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 27. September 2017 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokatin lic.iur. K. Wüthrich, c/o Procap Schweiz, am 2. November 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben. Es sei ihm ab dem frühest möglichen Zeitpunkt eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien weitere Abklärungen durchzuführen. Weiter sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Auf das MEDAS-Gutachten sei abzustellen. Der (psychiatrische) Gutachter habe auf Nachfrage sowohl Diagnose als auch Schweregrad des Gesundheitsschadens erörtert und überdies detailliert begründet, weshalb er (der Beschwerdeführer) nicht über genügend Ressourcen verfüge, um ein volles Arbeitspensum in der freien Wirtschaft zu bewältigen. Er habe sich sowohl bezüglich des körperlichen als auch des psychiatrischen Leidens den nach dem jeweiligen Wissensstand erforderlichen Therapien unterzogen. Er habe erst im Rahmen des Vorbescheidverfahrens Kenntnis von der anderen diagnostischen Einschätzung des Gutachters erhalten und sich inzwischen wieder in fachärztliche Behandlung begeben. Wenn die Ausführungen zu den Standardindikatoren nicht schlüssig oder widerspruchsfrei seien, seien weitere, der IV-Stelle obliegende Abklärungen angezeigt. Diese seien sodann unumgänglich aufgrund des Rückweisungsentscheids und der zu klärenden Frage des Zusammenhangs zwischen psychischem und somatischem Gesundheitsschaden. Selbst wenn bloss auf das rheumatologische Teilgutachten abgestellt werde, gelte die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit adaptiert von 65 % erst ab Datum des Gutachtens. Zuvor habe eine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Das ebenfalls relevante psychische Leiden habe Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit September 2009. Zu berücksichtigen seien weiter die im Rahmen der beruflichen Abklärungen getätigten Erfahrungen (Einsatzprogramm RAV, Arbeitsvermittlung), wonach er motiviert, höflich und interessiert, allerdings aus gesundheitlichen Gründen sichtbar in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Das von der



## St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin angenommene Valideneinkommen sei zu tief und zu parallelisieren. Am geltend gemachten Leidensabzug werde festgehalten. Es liege lediglich noch eine Teilarbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit vor, die zudem zahlreichen weiteren qualitativen Anforderungen zu genügen habe (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Gemäss den RAD-Stellungnahmen vom 10. Februar, 20. März und 9. Juni 2017 sei gestützt auf die klinischen Befunde nicht von einer schweren Erkrankung auszugehen. Eine Komorbidität liege nicht vor. Die Depression sei seit spätestens 2016 remittiert. Die Persönlichkeit des Beschwerdeführers sei unauffällig. Er sei nach eigenen Angaben in guter Ehe verheiratet und lebe mit seinen drei Kindern zusammen. Der Kontakt zu den Kollegen sei zwar eingeschränkt, bestehe aber weiter fort. Nach den Aussagen des Beschwerdeführers sei von einer regelmässigen Tagesstruktur auszugehen. Der Beschwerdeführer nehme seit Jahren keine besondere psychiatrische Behandlung in Anspruch, obwohl Dr. D.\_\_\_\_ diese im Arztbericht vom 2. Oktober 2015 und im Verlaufsbericht vom 6. Juni 2016 angeregt habe. Auch das Gutachten spreche sich eindeutig für eine Psychotherapie aus. Die erhobenen Laborwerte liessen den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer seine Antidepressiva nicht einnehme. Ferner spreche als Indiz für inkonsistentes Verhalten, dass der Beschwerdeführer in regelmässigen Abständen selbständig Auto fahren könne. Es müsse davon ausgegangen werden, dass kein starker Leidensdruck vorliege. Insgesamt ergebe sich kein stimmiges Gesamtbild, um mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen Anspruch auf Invalidenrente zu begründen (act. G 3)

B.c Die Abteilungspräsidentin heisst am 9. Januar 2018 das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung) gut (act. G 4).

B.d Mit Replik vom 8. März 2018 hält der Beschwerdeführer an den Rechtsbegehren der Beschwerde fest. Er bringt vor, die Beschwerdegegnerin verhalte sich widersprüchlich, indem sie einerseits das MEDAS-Gutachten als fragwürdig bezeichne, sich andererseits zur Begründung der Beschwerdeantwort dennoch auf besagtes Gutachten beziehe. In Bezug auf den Schweregrad des Gesundheitsschadens sei auf



das MEDAS-Gutachten abzustellen und nicht auf die RAD-Stellungnahmen vom 10. Februar/20. März 2017. Ein Leiden dürfe nicht einzig aufgrund der diagnostischen Einordnung als leicht eingestuft werden. Die Komplexe "Persönlichkeit" und "sozialer Kontext" würden von der Beschwerdegegnerin viel zu oberflächlich abgehandelt. Sein Aktivitätsniveau entspreche in keiner Art und Weise mehr demjenigen vor der Erkrankung. Er vermöge in einem Beschäftigungsprogramm bei den I.\_\_\_\_ nur noch leidensangepasste Tätigkeiten zu verrichten in einem Teilpensum. Er befinde sich in spezialärztlicher Behandlung. Die vormalige auf die Depression ausgerichtete Therapie sei laut dem psychiatrischen MEDAS-Gutachten nicht adäquat gewesen. Es gehe daher fehl, ihm diesbezüglich einen Vorhalt zu machen (act. G 8).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 10).

### Erwägungen

1.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach



Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.3 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 (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 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; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu



Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

1.5 Hinsichtlich pathogenetisch-ätiologisch organisch unklarer (somatoformer) Beschwerden hat das Bundesgericht die Vermutung, deren Auswirkungen seien überwindbar, aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahmemodell durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 280 f., E. 3.6 f.). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen ein und folgt dabei den einschlägigen Indikatoren (BGE 141 V 297 ff. E. 4.1.3 und E. 4.3 f.). Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (BGE 141 V 306 f. E. 5.2.1 f.). Recht und Medizin tragen in der Invalidenversicherung je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei (BGE 141 V 307, E. 5.2.3). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Somit kann der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die



(materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 54 E. 4.3; BGE 143 V 427 E. 6).

2.

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 30. Januar 2017.

2.2 Der rheumatologische Gutachter führte aus, in der aktuellen klinischen Untersuchung liessen sich als Befunde eine schmerzhafte Schwellung des Daumengrundgelenkes links und diskret des proximalen Interphalangealgelenkes am Mittelfinger rechts mit rechts leicht unvollständigem und beidseits wenig kräftigem Faustschluss erheben. Hinsichtlich Kniegelenken und linkem Hüftgelenk erhob er leichte Einschränkungen der Flexion und Extension bzw. Innenrotation. Die aktuelle radiologische Standortbestimmung zeige keine typischen psoriatischen Gelenkveränderungen und ergebe keinen Nachweis postentzündlicher Veränderungen (Iliosakralgelenk-Arthritis, Parasyndesmophytenbildung). Radiologisch bestünden Hinweise für eine diskrete, rechtsbetonte Coxarthrose, die klinisch nicht zutage trete. Hinsichtlich der angegebenen zervikalen und lumbalen Rückenschmerzen stehe ein myofaszialer Weichteilbefund bei Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung im Vordergrund (IV-act. 115-26, 29 f.). Aufgrund der erhobenen Befunde am Bewegungsapparat bestünden Einschränkungen generell für körperliche Schwerarbeiten, für häufige nacken- und lendenwirbelsäulenbelastende Tätigkeiten (mit vorgeneigtem/abgedrehtem Oberkörper, Oberkörper-/Kopfrotationen, Arbeitspositionen über Kopf mit reklinierter Halswirbelsäule, mit langdauernder sitzender oder stehender Zwangsposition, mit häufigem Knien und Kauern, rein stehende oder gehende Tätigkeiten), für manuell kraftaufwändige und/oder ständig repetitive manuelle Verrichtungen und für besonders feinmotorisch anspruchsvolle manuelle Tätigkeiten (IV-act. 115-26). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskoch, in der Geschirrspülerei und als Küchengehilfe bestehe aus rheumatologischer Sicht seit Mai 2010 keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. In einer leidensadaptierten, körperlich leichten, nur gelegentlich mittelschweren Arbeit sei dem Versicherten gegenwärtig ein tägliches Arbeitspensum von rund 6 Stunden mit einer geschätzten



Leistungseinschränkung von 10 %, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von rund 65 %, zumutbar. Dies gelte ab Datum des Gutachtens. Retrospektiv sei der Beschwerdeführer gemäss Akten ab 19. März 2012 nachvollziehbar zu 50 % arbeitsunfähig gewesen (IV-act. 115-27). Diese somatische Einschätzung wird nicht bestritten. Es liegen keine medizinischen Berichte vor, aus denen sich abweichende Einschätzungen oder vom rheumatologischen Gutachter nicht berücksichtigte objektive Gesichtspunkte ergeben. RAD-Arzt Dr.med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, übernimmt die Arbeitsfähigkeitsschätzung des rheumatologischen Gutachters (mit Vorbehalt bezüglich der vom Gutachter angenommenen zukünftigen Steigerbarkeit der Arbeitsfähigkeit; Stellungnahme vom 6. Februar 2017, IV-act. 116-1 f.). Auf das rheumatologische Teilgutachten ist daher abzustellen.

2.3 Der psychiatrische Gutachter hielt fest, in Abgleich mit der rheumatologischen Begutachtung seien die körperlichen Beschwerden nicht ausreichend einer somatischen Störung zuzuordnen (IV-act. 115-47). Er diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.41; IV-act. 115-45). In der zweiten Hälfte des letzten Jahrzehnts hätten sich Probleme kumuliert beim Beschwerdeführer (Heimweh, nicht mehr erfüllbarer Wunsch seines Vaters, ihn zu sehen, Schliessung des Betriebes aus finanziellen Gründen, Arbeitslosigkeit, hinzukommende somatische Beschwerden). Diese Probleme seien als psychische Belastungsfaktoren zu werten, unter denen der Beschwerdeführer heute noch erkennbar und spürbar leide (IV-act. 115-45). Die aktuell bestehende Diagnose habe sich von diesen Belastungsfaktoren verselbständigt (IV-act. 115-48). Der psychiatrische Gutachter kam zum Schluss, in einfachen, körperlich wenig belastenden Tätigkeiten mit weniger Zeitdruck sei eine Anwesenheit von 60 % zumutbar mit einer Leistungsfähigkeit von 80 %, entsprechend einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit. Diese attestiert der Gutachter retrospektiv seit Februar 2010 (IV-act. 115-48 f.). RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ verneint eine ausreichende Nachvollziehbarkeit des psychiatrischen Gutachtens für das Ausmass der Einschränkungen; die Items nach Mini-ICF-App sowie die einschlägigen Standardindikatoren würden zu pauschal abgehandelt und die Beurteilung der aktuellen Therapie und die Konsistenzprüfung seien unvollständig (Stellungnahme vom 10. Februar/20. März 2017, IV-act. 116-3). Abschliessend (nach Eingang der zweiten Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters) nahm er Stellung,



von einer invalidenversicherungsrechtlich erforderlichen "schweren" Erkrankung könne nicht ausgegangen werden (IV-act. 126). Gestützt darauf stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, invalidenversicherungsrechtlich sei lediglich die vom rheumatologischen Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit relevant. Darauf ist im Folgenden näher einzugehen.

3.

3.1 Grundsätzlich können nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur schwere psychische Störungen invalidisierend sein (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2017, 8C\_753/2016, E. 4.4; BGE 143 V 425 E. 5.2.2). Der Schweregrad einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) ergibt sich im Unterschied zur andauernden somatoformen Schmerzstörung, die einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz voraussetzt, nicht aus den Diagnosekriterien, sondern ist aufgrund der funktionellen Auswirkungen zu bestimmen (vgl. ICD-10: F45.4; BGE 142 V 108 f., E. 3.3 und 4.2; BGE 143 V 425 E. 5.2.2).

3.2 Vorliegend lässt sich dem Gutachten Folgendes entnehmen: Neben der psychiatrisch diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leidet der Beschwerdeführer unter weiteren Krankheiten, insbesondere einer Psoriasisarthropathie sowie einem chronischen zervikalen und lumbalen Schmerzsyndrom myofaszialer Prägung (IV-act. 115-30). Seitens der Persönlichkeit bestehen bei fehlenden relevanten Pathologien bis zum Eintritt der Belastungssituation keine Einschränkungen. Diese ist unauffällig, ohne Pathologien (IV-act. 115-45, 47, 48). Als relevante Einschränkungen erhob der psychiatrische Gutachter eine mittlere Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, eine leichte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung, eine mittlere Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, eine schwere Beeinträchtigung der fachlichen Kompetenz, eine mittlere Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit, eine leichte Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit, eine mittlere Beeinträchtigung der Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen und zu ausserberuflichen Aktivitäten. Nicht tangiert seien Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Fähigkeit zur Selbstversorgung und die Wegefähigkeit (IV-act. 115-47). Die aus dem Mini-ICF-Rating hervorgehenden



funktionellen Einschränkungen erreichten gemäss Gutachter einen Schweregrad, welcher Einfluss habe auf die funktionelle Leistungsfähigkeit (IV-act. 115-48). Die beklagten Leiden würden sich konsistent in vergleichbaren Lebensbereichen auswirken (IV-act. 115-48). Ein wesentliches Indiz für die Auswirkungen der Erkrankungen auf die Funktionsfähigkeit seien die Beobachtungen aus dem Wiedereingliederungskontext (IV-act. 124-2). Die Schmerzstörung schränke den Beschwerdeführer privat wie beruflich ein, jedoch nicht massiv. Sein aktuelles Pensum von 50 % verrichte er zwar noch auf dem Niveau eines geschützten Settings mit Rückzugsmöglichkeiten, bewältige es aber schon seit längerer Zeit mit regelmässigem Pausieren (IV-act. 115-41, 47). Hinsichtlich der bei der Verfassung des Gutachtens noch nicht berücksichtigten, offenbar zumindest im Vorfeld der Begutachtung nicht erfolgten Medikamenteneinnahme nahm der psychiatrische Gutachter im Nachhinein plausibel Stellung, dies ändere kaum etwas an seinen Aussagen, da die aggressiven Durchbrüche bzw. die Depression bis zum Untersuchungszeitpunkt deutlich gebessert bis remittiert gewesen seien. Venlafaxin sei bei Schmerzen nicht indiziert und habe diesbezüglich selten eine relevante Wirkung, so dass auch bezüglich der somatoformen Störung kaum von einem Problem der Nichteinnahme auszugehen sei (vgl. IV-act. 116-3 und IV-act. 119-2).

3.3 Dr. H.\_\_\_\_ verneint das Vorhandensein einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Schwere der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Aus den Darstellungen im Gutachten, insbesondere aus den dokumentierten Untersuchungsbefunden, könne ein etwa mittelgradiger Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung festgestellt werden. In den vom Gutachter verwendeten Skalen und Bewertungsinstrumenten seien überwiegend mittelgradige bis leichte Werte ausgewiesen worden. Auch werde klar dargelegt, dass der Beschwerdeführer meist durchschlafen könne und nicht wegen der Schmerzen erwache. Nur wenn er zu wenig schlafe, gehe es ihm bereits morgens psychisch schlecht (Stellungnahme vom 9. Juni 2017, IV-act. 126). Der Gutachter erwähne, dass die Einschränkungen in beruflicher und privater Hinsicht nicht massiv seien (Stellungnahme vom 10. Februar/20. März 2017, IV-act. 116-2 f.). Dem ist zu folgen. Lediglich die fachliche Kompetenz ist schwer beeinträchtigt, was jedoch in angepassten Tätigkeiten nicht zum Tragen kommt. Dass die vom Gutachter aufgezeigten funktionellen Einschränkungen zu einer invalidenversicherungsrechtlich



relevanten Erwerbsunfähigkeit von 50 % führen, ist damit nicht nachvollziehbar ausgewiesen. Die Notwendigkeit weiterer medizinischer Abklärungen, insbesondere einer nochmaligen psychiatrischen Begutachtung, besteht nicht, denn weder aus dem Gutachten selbst noch aus den übrigen medizinischen Akten ergeben sich objektive Anhaltspunkte für eine schwerere funktionelle psychische Einschränkung. Die Ausführungen im Gutachten zu den massgeblichen Indikatoren sind zwar knapp, entsprechen aber dennoch in etwa dem Üblichen. Dr. H.\_\_\_\_ bzw. die Beschwerdegegnerin nehmen keine vom Gutachten abweichende Interpretation der Anamnese oder von Befunden vor, weshalb keine unzulässige juristische Parallelprüfung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Vielmehr unterscheidet sich die Beurteilung in rein rechtlicher Hinsicht, weshalb vom Gutachten abgewichen werden darf, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2018, 8C\_24/2018, E. 5.1).

3.4 Zusammenfassend liegt aus psychiatrischer Sicht im Zeitpunkt der Begutachtung keine hinreichend ausgewiesene invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit vor. Massgebend bleibt somit die somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit gemäss rheumatologischem Teilgutachten von 50 % ab 19. März 2012 und 35 % ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (IV-act. 115-27). Weiter zurückliegend ist ab Juli 2009 bis 14. Februar 2010 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit und ab 15. Februar 2010 von einer durch die inzwischen remittierte Depression begründeten Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen (Arztbericht Dr. B.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2011, IV-act. 32).

4.

4.1 Der Beschwerdeführer meldete sich am 8. September 2010 bei der IV zum Leistungsbezug an. Ein Rentenanspruch besteht somit frühestens ab 1. März 2011 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Zu diesem Zeitpunkt war aufgrund der ab Juli 2009 attestierten psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 100 bzw. 50 % (und bereits zuvor höher) das Wartejahr gemäss Art. 20 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen. Massgebend für den Einkommensvergleich ist somit das Jahr 2011 (BGE 129 V 222).



4.2 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist auf den als Hilfskoch im Restaurant K.\_\_\_\_ erzielten Verdienst abzustellen, zumal der Beschwerdeführer die spätere Stelle in der Geschirrwäscherei der Kantonalen Psychiatrischen Dienste L.\_\_\_\_ nach wenigen Monaten gesundheitsbedingt aufgeben musste (IV-act. 4-1 ff.; IV-act. 6-7). Die Stelle im Restaurant K.\_\_\_\_ hatte der Beschwerdeführer bereits seit Juni 1998 inne, es erfolgte offenbar per 1. November 2006 ein Inhaberwechsel (vgl. Arbeitszeugnisse vom 31. Oktober 2006, IV-act. 6-5, und vom 31. Oktober 2007, IV-act. 6-4). Diese Tätigkeit kann somit als angestammt betrachtet werden. Auch wenn der Beschwerdeführer die Stelle verlor, weil das Restaurant geschlossen wurde (Angabe Arbeitgeberin vom 30. September 2010, IV-act. 24-1), ist davon auszugehen, dass er aufgrund seiner Erfahrung im Gesundheitsfall an einer vergleichbaren Stelle ein ähnlich hohes Einkommen erzielt hätte. Dieses belief sich vom 1. November 2006 bis 31. Oktober 2007 auf Fr. 57'820.-- (Fr. 9'440.-- + Fr. 48'380.--, IK-Auszug, IV-act. 94-2; vgl. auch Angaben Arbeitgeberin vom 30. September 2010, IV-act. 24). Gemäss Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik (BFS) beläuft sich das Einkommen unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2011 auf Fr. 61'323.-- (T39, Index Männer 2007: 2047; 2011: 2171). Hinzu kommen die im IK-Auszug weiter aufgeführten Einkommen von M.\_\_\_\_, welche 2006 und 2007 mit Fr. 1'404.-- sowie 2008 mit Fr. 2'045.-- verzeichnet sind (IK-Auszug, IV-act. 94). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2011 (massgebliche Indizes: 2006: 2014, 2007: 2047, 2008: 2092, 2011: 2171) ergibt sich ein auf das Jahr 2011 hochgerechneter Durchschnitt von Fr. 1'708.-- ( $[\text{Fr. } 1'404.-- : 2014 \times 2171] + [\text{Fr. } 1'404.-- : 2047 \times 2171] + [\text{Fr. } 2'045.-- : 2092 \times 2171]$ ). Das gesamte Valideneinkommen beträgt somit Fr. 63'031.-- (Fr. 61'323.-- + Fr. 1'708.--).

4.3 Ausgangswert für das Invalideneinkommen ist das Durchschnittseinkommen 2011, Anforderungsniveau 4, Männer, von Fr. 61'910.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV, Ausgabe 2018, Bern 2018, Anhang 2). Da neben der somatischen auch von einer - diese aber hinsichtlich der Erwerbsunfähigkeit nicht übersteigenden - psychischen Beeinträchtigung auszugehen ist und insbesondere auch in somatischer Hinsicht nur noch eine Teilzeitarbeit zumutbar ist, , rechtfertigt sich ein Tabellenlohnabzug von 10 %. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 65 % beträgt das Invalideneinkommen Fr. 36'217.-- ( $0,65 \times \text{Fr. } 61'910.-- \times 0,9$ ), bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % Fr. 27'860.-- ( $0,5 \times \text{Fr. } 61'910.-- \times 0,9$ ).



61'910.-- x 0,9). Gemäss Gutachten betrug die Arbeitsfähigkeit bis zur Begutachtung im Januar 2017 50 %, danach 65 %.

4.4 Auf die rückwirkende Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 ATSG i.V.m. Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis, BGE 109 V 125 E. 4a). Wird rückwirkend eine derartige Rente zugesprochen, sind daher einerseits der Moment des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden zeitlichen Vergleichsgrössen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2010, 8C\_468/2010, E. 2 sowie vom 25. Mai 2010, 8C\_834/2009, E. 2 mit Hinweis). Ist auf Grund eines Gutachtens überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Gesundheitszustand verbessert hat, nicht aber ersichtlich, in welchem Zeitpunkt diese Besserung stattgefunden hat, so kann es sich jedoch rechtfertigen, die Rente bereits auf den Zeitpunkt des Gutachtens hin herabzusetzen oder aufzuheben (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2012, 8C\_670/2011, E. 5.1 mit Hinweisen). Vorliegend war die Depression gemäss Gutachten bereits im Jahr 2016 remittiert (IV-act. 115-46), sodass Art. 88a Abs. 1 IVV nicht anzuwenden ist.

4.5 Demnach hat der Beschwerdeführer vom 1. März 2011 bis 31. Januar 2017 Anspruch auf eine halbe Rente (Valideneinkommen Fr. 63'031.--, Invalideneinkommen Fr. 27'860.--, Invaliditätsgrad 55,8 %) und ab 1. Februar 2017 auf eine Viertelsrente (Valideneinkommen Fr. 63'031.--, Invalideneinkommen Fr. 36'217.--, Invaliditätsgrad 42,5 %).

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer ab 1. März 2011 eine halbe Rente und ab 1. Februar 2017 eine Viertelsrente zuzusprechen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr.



## St.Galler Gerichte

1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen im vorliegenden Fall von einem vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C\_288/2015, E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat daher die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von praxisgemäss Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der unentgeltlichen Rechtsverteidigung.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 27. September 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. März 2011 eine halbe Rente und ab 1. Februar 2017 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.



3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.