



**Fall-Nr.:** IV 2017/42  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.09.2019  
**Entscheiddatum:** 16.05.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.05.2019**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Festlegung der Arbeitsfähigkeit aufgrund eines Berichts eines externen neurologischen Facharztes und aufgrund von Berichten behandelnder Fachärzte.**

**Invalidenversicherungsrechtlich besteht in adaptierten Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Mai 2019, IV 2017/42). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_467/2019.**

#### **Entscheid vom 16. Mai 2019**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/42

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Marcel Bühler,  
Baur Imkamp & Partner, Bahnhofstrasse 55, 8600 Dübendorf,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a** A.\_\_\_\_ meldete sich am 8. Mai 2014 wegen Rücken- und Nackenschmerzen sowie psychischer Probleme erneut bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 64).

**A.b** Der Versicherte hatte am 6. März 2012 unter Hinweis auf zwei Bandscheibenvorfälle und psychische Probleme ein erstes Mal um IV-Leistungen ersucht (IV-act. 1). Gestützt auf ein im Auftrag des Krankentaggeldversicherers eingeholtes bidisziplinäres Gutachten der MEDAS Bern vom 11. März 2013 (Dr. med. B.\_\_\_\_, Neurologie; Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie, Untersuchungen vom 17. und 21. Januar 2013; Fremdakten act. 4-3 ff.), wonach aus neurologischer Sicht für eine angepasste, körperlich leichte und bisweilen mittelschwere berufliche Tätigkeit, sowie aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestand (Fremdakten, act. 4-23), hatte die IV-Stelle am 26. März 2013 die berufliche Eingliederung abgeschlossen (IV-act. 55-3). Am 3. April 2013 hatte sie eine Mitteilung erlassen, wonach kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen bestehe (IV-act. 59).

**A.c** Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, berichtete am 4. September 2013 dem Hausarzt des Versicherten, es lägen aktuelle MRI-Bilder der Halswirbelsäule vor, die einerseits Spondylophyten bei C6/7 und beginnende leichte Spondylophyten bei C5/6 zeigten, andererseits auch Bandscheibenvorfälle. Der Vorfall C6/7 sei besonders



## St.Galler Gerichte

in der Axialschicht deutlich Myelon-komprimierend (IV-act. 61-3 f.). Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurochirurgie, beschrieb im Bericht zu einer konsiliarischen Untersuchung vom 21. November 2013 eine mediane Diskushernie C6/7 mit leichter Myelonkompression, ohne Myelopathie (IV-act. 61-5 f.). Der ebenfalls konsultierte Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurochirurgie, hielt am 28. April 2014 fest, die Beschwerden, die der Versicherte im Nacken angebe, seien durchaus glaubwürdig, sehe man doch im MRI einen Diskusvorfall C6/7, zwar ohne Nervenkompression, aber mit leichter Myeloneindellung. In adaptierter Tätigkeit bestehe aber eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 63-1 f.).

**A.d** RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, nahm am 6. Juni 2014 dazu Stellung: Neu bestehe gemäss MRI der HWS vom 24. Juli 2013 eine mediane Diskushernie C6/ C7 mit leichter Verdrängung des Myelons ohne myelopathische Veränderungen und ohne Wurzelkompression. Der klinische Untersuchungsbefund - und somit das Funktionsniveau - bzw. der Gesundheitszustand mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe sich seit dem Gutachten bzw. dem Referenzzeitpunkt vom 3. April 2013 nicht wesentlich verändert (IV-act. 77). Gestützt darauf eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Juni 2014, sie gedenke, auf das neue Gesuch nicht einzutreten (IV-act. 80). Mit begründetem Einwand vom 1. September 2014 liess der Versicherte geltend machen, durch die Diagnose einer Diskushernie C6/7 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Er beantragte eine Umschulung (IV-act. 93). RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ führte dazu aus, dass die Diagnose sich nicht arbeitsfähigkeitsrelevant auswirke, da keine entsprechenden Funktionseinschränkungen wie radikuläre Ausfälle oder Paresen hinzugekommen seien und klinisch bzw. radiologisch objektiviert werden könnten. Die Schmerzproblematik sei bereits vorbestehend gewesen und sei im Rahmen des MEDAS-Gutachtens beurteilt und gewürdigt worden (5. September 2014, IV-act. 97).

**A.e** Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 16. September 2014 auf das Gesuch nicht ein (IV-act. 99). Hiergegen liess der Versicherte am 17. Oktober 2014 Beschwerde erheben (IV-act. 102-2 ff.). Mit Verfügung vom 8. Dezember 2014 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 16. September 2014 (IV-act. 111), und das Versicherungsgericht schrieb am 20. Januar 2015 das gegenstandslos gewordene Beschwerdeverfahren ab (IV 2014/483; IV-act. 115).



**A.f** Der Eingliederungsverantwortliche schloss am 9. März 2015 den Fall ab, da der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (IV-act. 119-4). Am 16. März 2015 gewährte die IV-Stelle erneut das rechtliche Gehör zur beabsichtigten Abweisung hinsichtlich beruflicher Massnahmen und Rente (Vorbescheid, IV-act. 122). Mit begründetem Einwand vom 22. Mai 2015 liess der Versicherte eine Dreiviertelsrente und die unentgeltliche Rechtsverteidigung im Vorbescheidverfahren beantragen (IV-act. 126). Er legte einen Bericht von Prof. F.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2015 ins Recht. Dieser diagnostizierte eine Diskushernie L5/S1 links mit Wurzelkompression S1 links und eine degenerative Discopathie L4/5. Eine transforaminale Nervenwurzelblockade S1 links habe ein recht erfreuliches Ergebnis gezeitigt. Es bestehe die Möglichkeit einer operativen Intervention (Dekompression des Foramens L5/S1 links mit Spondylodese). Seiner Ansicht nach sei der Versicherte in keiner Tätigkeit über 50 % arbeitsfähig (IV-act. 126-6 f.).

**A.g** RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 28. Mai 2015 zusammengefasst fest, der Einwand vom 22. Mai 2015 enthalte keine neuen medizinischen Informationen oder Befunde, welche zum Zeitpunkt der Beurteilung durch die MEDAS-Gutachter (März 2013) bzw. durch den RAD (zuletzt Juni 2014) noch nicht bekannt gewesen seien. Aufgrund eines dysfunktionalen Bewältigungsmusters müsse die Arbeitsfähigkeit versicherungsmedizinisch-theoretisch, abgestützt auf die objektivierbaren Befunde, ermittelt werden. Die bisherige Festlegung der Arbeitsfähigkeit könne demnach beibehalten werden (IV-act. 129).

**A.h** Mit Verfügung vom 3. Juni 2015 wies die IV-Stelle das Gesuch in Bezug auf berufliche Massnahmen ab (IV-act. 130). Sie beauftragte am 23. Juli 2015 Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, mit einem Konsilium (IV-act. 131). Prof. H.\_\_\_\_ diagnostizierte eine relative zervikale Spinalkanalstenose HWK 6/7, klinisch neurologisch inapparent, degenerative LWS-Veränderungen, aktuell ohne Hinweise auf höhergradige Radikulopathie, eine Migraine ohne Aura, einen Status nach HWS Distorsion Grad II (QTF-Klassifikation) 2011 sowie einen Status nach Stromunfall rechter Arm Oktober 2010. Er legte dar, klinisch neurologisch fänden sich keine relevanten Defizite, die Ausdruck einer Radikulopathie der HWS oder LWS seien. Insgesamt lägen degenerative Veränderungen an der HWS und LWS vor, die vermutlich Rücken- und Nackenschmerzen erklären könnten. Die darüber hinaus



angegebene Ausstrahlung in den linken Arm, die Blockaden mit Geheinschränkungen, die Schwäche in der rechten Hand nach Stromunfall sowie das Taubheitsgefühl in den Füßen liessen sich auf neurologischem Fachgebiet nicht weiter objektivieren und erklären. Die SEP-Latenzen seien zwar diskret verzögert, dies könne aber technisch bedingt sein oder sei allenfalls Ausdruck einer sehr diskreten Myelopathie, die weder bildgeberisch noch klinisch relevant sei (Berichte vom 9. und 17. September 2015, IV-act. 137 f.).

**A.i** Dazu führte RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ am 2. Oktober 2015 aus, dass in sämtlichen Untersuchungen ein unauffälliger Befund erhoben worden sei. Somit könnten weder radikuläre Befunde an HWS und LWS noch Symptome einer Myelopathie objektiviert und neurologisch bestätigt werden. Die durch degenerative Veränderungen an HWS und LWS hervorgerufenen, belastungsabhängigen Schmerzen würden im adaptierten Tätigkeitsprofil bereits berücksichtigt. An der bisherigen Arbeitsfähigkeitsfeststellung von 100 % für leidensadaptierte Tätigkeiten könne somit festgehalten werden. Es handle sich um ein chronifiziertes Schmerzsyndrom von HWS und LWS auf der Basis von degenerativen Veränderungen ohne neurologischen Ausfälle. Im Vergleich zum Referenzzeitpunkt März 2013 seien keine objektivierbaren Funktionseinschränkungen hinzugekommen (IV-act. 139).

**A.j** Mit Vorbescheid vom 8. Oktober 2015 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 142). Dagegen liess der Versicherte am 11. November 2015 Einwand erheben und im Wesentlichen darlegen, die Berichte von Prof. H.\_\_\_\_ bzw. die von der Beschwerdegegnerin angenommene 100 %ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten seien nicht nachvollziehbar und stichhaltig. Dr. I.\_\_\_\_ beurteile ihn aus psychiatrischer Sicht ebenfalls zu 30 % arbeitsunfähig. Dies sei im Rahmen des maximalen leidensbedingten Abzugs von 25 % zu berücksichtigen (IV-act. 143).

**A.k** RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ nahm am 8. April 2016 zu den einzelnen Ausführungen des Einwenders Stellung und kam zum Schluss, aus somatischer Sicht bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 145).



## St.Galler Gerichte

**A.i** Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Arztbericht vom 13. April 2016 aus, sie behandle den Versicherten seit 19. März 2012. Als Diagnosen vermerkte sie chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine Persönlichkeitsakzentuierung, narzisstische und impulsive Anteile (ICD-10: F61.1), sowie Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10: Z60.0). Sie schätzte den Versicherten aus psychiatrischer Sicht zu ca. 30 % arbeitsunfähig (IV-act. 147-2 ff.).

**A.m** Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte gering ausgeprägte degenerative Veränderungen an den Knien fest (Innenmeniskusdegeneration Knie links und initiale retropatellare Chondropathie und Innenmeniskus-Degeneration Knie rechts). Diese könnten die vom Versicherten beklagten ausgeprägten Beschwerden nicht erklären. Es müsse von einer lumbospondylogenen Schmerzursache ausgegangen werden (Bericht vom 24. Mai 2016, IV-act. 149). RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, wies in einer Stellungnahme vom 27. Juni 2016 auf eine Diskrepanz zwischen geklagten Beschwerden und fehlendem organischem Korrelat (neurologisch und orthopädisch) hin (IV-act. 152-1). RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begründete in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2016, dass aus psychiatrischer Sicht keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Schon die vom Versicherten beharrlich vertretene Umschulungsfähigkeit spreche gegen die geforderte Dauer und Schwere der somatoformen Schmerzstörung (IV-act. 152-2).

**A.n** Der Versicherte bestritt, dass ein geäussertes Wiedereingliederungswunsch gegen die Dauer und Schwere der Schmerzstörung spreche. Dass ein geringer Ausprägungsgrad bestehe und er in den übrigen Lebensbereichen uneingeschränkt Aktivitäten vornehme, sei eine aktenwidrige Behauptung. Es sei ihm mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen (Eingabe vom 25. August 2016, IV-act. 154). Weiter reichte er einen MRI-Bericht vom 14. September 2016 zu den Akten, wonach an der linken Schulter ein geringes Impingement durch eine initiale hypertrophe AC-Gelenksarthrose bestehe (Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Radiologie, IV-act. 158). RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ verneinte eine einschränkungs begründende Schwere und schloss, an der



RAD-Stellungnahme vom 27. Juni und 28. Juli 2016 sei weiterhin festzuhalten (Stellungnahme vom 13. Oktober 2016, IV-act. 159).

**A.o** Mit Verfügung vom 15. Dezember 2016 wies die IV-Stelle das Rentengesuch ab. Aus somatischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten. Leidensadaptiert seien körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule und ohne Überkopftätigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht müsse in Abwesenheit einer iv-rechtlich relevanten Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ebenfalls von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die neu eingereichten Berichte enthielten keine neuen medizinischen Aspekte, weshalb weiter an dieser Beurteilung festgehalten werde (IV-act. 160).

### **B.**

**B.a** Gegen die Verfügung vom 15. Dezember 2016 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. M. Bühler, am 30. Januar 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung unter Kosten- und Entschädigungsfolgen eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Eventualiter sei ihm eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Sodann ersucht er um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege inklusive Rechtsverbeiständung. Der Beschwerdeführer bestreitet gestützt auf die sich bei den Akten befindenden Arztberichte, dass weder somatische noch psychische IV-relevante Einschränkungen vorlägen. Der RAD stütze sich einzig auf die Berichte von Prof. H.\_\_\_\_ vom 9. und 17. September 2015. Dessen Beurteilung, wonach die gefundenen SEP-Latenzen eher technisch bedingt seien, sei nicht nachvollziehbar. Die bildgeberisch nachgewiesene Myelonkompression im Bereich C6/7 sei von Prof. H.\_\_\_\_ nicht beachtet worden. Aufgrund dieser müsse eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes angenommen werden. Die beklagten Beschwerden liessen sich neurologisch mit der Verschlechterung im Bereich C6/7 erklären. Im Weiteren sei die seit dem Referenzzeitpunkt April 2013 aufgetretene weitere LWS-Problematik nicht berücksichtigt worden. Sodann bestehe auch hinsichtlich der Kniebeschwerden eine Verschlechterung. Auch Schulterbeschwerden links würden in der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht genügend berücksichtigt. Dr. I.\_\_\_\_ beurteile ihn aus psychiatrischer Sicht ebenfalls zu 30 % arbeitsunfähig. Das von ihr diagnostizierte, neu chronifizierte Schmerzsyndrom finde



## St.Galler Gerichte

keine Beachtung in der Beurteilung durch den RAD. Die Annahme der Beschwerdegegnerin, dass eine Indikatorenprüfung bei einem geäusserten Wiedereingliederungswunsch von vornherein nicht notwendig sei, widerspreche dem Grundsatz "Eingliederung vor Rente". Der geringe Ausprägungsgrad der Schmerzstörung und die uneingeschränkten Aktivitäten in den übrigen Lebensbereichen seien eine aktenwidrige Behauptung. Die von Dr. I.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % könne nicht einfach ausser Acht gelassen werden. Es sei ihm der maximale Tabellenlohnabzug zu gewähren, da ihm seine vormalige körperlich schwere Tätigkeit als Maler nicht mehr zumutbar sei (act. G 1).

**B.b** Mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dass ein versicherungsexterner Sachverständiger betreffend Befunderhebung, Diagnostik und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu anderen Ergebnissen gelange als die in die Behandlung involvierten Fachpersonen, könne für sich allein nicht gegen die Zuverlässigkeit einer Expertise sprechen. Es könne auf die über einen längeren Zeitraum erfolgte, jeweils auf aktuellen medizinischen Akten basierende, lückenlose und widerspruchsfreie Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD und auf die Konsiliarberichte von Prof. H.\_\_\_\_ abgestellt werden. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt. Dr. I.\_\_\_\_ habe nicht eine somatoforme Schmerzstörung, sondern chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren diagnostiziert. Dieser Diagnose fehle ein Bezug zum Schweregrad. Weiter habe sie nicht eine Persönlichkeitsstörung, sondern eine Persönlichkeitsakzentuierung festgestellt. Die von ihr dennoch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % verdeutliche, dass sie von einem umfassenden bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff ausgegangen sei. Die von ihr gestellten Diagnosen fielen nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (act. G 3).

**B.c** Am 24. März 2017 bewilligt die Abteilungspräsidentin dem Versicherten die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverbeiständung) für das vorliegende Beschwerdeverfahren (act. G 4).

**B.d** Mit Replik vom 1. Juni 2017 trägt der Beschwerdeführer vor, den Begründungen der Beschwerdegegnerin für die von den behandelnden Ärzten abweichenden Beurteilungen könne nicht gefolgt werden. Die Dichotomie psychogen vs. somatogen



## St.Galler Gerichte

sei nicht mehr gerechtfertigt. Dass Dr. I.\_\_\_\_ von einem umfassenden bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell ausgehe, werde bestritten. Sie habe beispielsweise bereits im Bericht vom 8. Juni 2012 eine Depression diagnostiziert (act. G 8).

**B.e** Der Beschwerdeführer legt am 29. Juni 2017 einen Bericht vom 30. Mai 2017 über eine Notfallkonsultation im Spital N.\_\_\_\_ wegen Gefühls von Luftnot, "Spannungsgefühl am Herzen" und Kribbeln an den Extremitäten (act. G 10) sowie am 24. Oktober 2018 einen Bericht über eine MRI-Untersuchung der HWS vom 12. Oktober 2018 ins Recht (act. G 13 und 13.1).

## Erwägungen

### 1.

**1.1** Die Mitteilung vom 3. April 2013 (IV-act. 59) bezieht sich in ihrer Begründung zwar auf den Anspruch auf berufliche Massnahmen, insbesondere auf Arbeitsvermittlung. Ihrem Wortlaut zufolge umfasst die Abweisung indessen das ganze Leistungsbegehren, auch hinsichtlich des Rentenanspruchs. Der Beschwerdeführer hat im Anschluss an die Mitteilung keine anfechtbare Verfügung beantragt oder geltend gemacht, die Abweisung seines Gesuchs hätte der Verfügungsform bedurft. Erst über ein Jahr später teilte sein Hausarzt der IV-Stelle mit, dessen Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (IV-act. 61-1 f.). Die Mitteilung vom 3. April 2013 hat somit die Wirkung einer rechtskräftigen abweisenden Verfügung erlangt (vgl. BGE 134 V 145). Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet ausschliesslich ein allfälliger Rentenanspruch. Die Verfügung vom 3. Juni 2015 betreffend berufliche Massnahmen (IV-act. 130) und vom 18. August 2015 betreffend unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Vorbescheidverfahren (IV-act. 136) sind demgegenüber unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

**1.2** Die richterliche Überprüfung einer Verwaltungsverfügung ist grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung eingetretenen Sachverhalt beschränkt. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Abschlusses des



Verwaltungsverfahren zu beeinflussen (BGE 131 V 243 E. 2.1; BGE 129 V 4 E. 1.2 und Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.1, mit Verweisen). Der vom Beschwerdeführer ins Recht gelegte Bericht über die Notfallkonsultation im Spital N.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2017 betrifft eine notfallmässige Vorstellung am Vortag wegen Luftnot, "Spannungsgefühl am Herzen" und Kribbeln an den Extremitäten. Es wurde der Verdacht auf eine Panikattacke erhoben (act. G 10.1). Dabei handelt es sich um ein zeitlich abgegrenztes und ausschliesslich den Zeitraum nach der angefochtenen Verfügung vom 15. Dezember 2016 betreffendes Ereignis. Auch der MRI-Bericht vom 12. Oktober 2018 betrifft eine fast zwei Jahre nach Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgte Untersuchung. Er beinhaltet zudem den Vergleich zum Ergebnis einer ebenfalls nach der Verfügung angefertigten MRI-Untersuchung vom 4. Mai 2017 (act. G 13.1). Die beiden Berichte wären demnach lediglich relevant, soweit sie vor Erlass der angefochtenen Verfügung festgestellte Befunde oder Diagnosen bestätigen oder in Frage stellen würden, was nicht der Fall ist.

## 2.

**2.1** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. April 2018, 9C\_589/2017, E. 4, mit weiteren Verweisen, vom 6. Juni 2018, 8C\_868/2017, E. 3.1 und vom 3. August 2018, 8C\_177/2018, E. 3.3).

**2.2** 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).

**2.3** 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). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass sich der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirkt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann 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 (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

**2.4** 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 der Fachperson 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). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen mittels unabhängiger Begutachtung vorzunehmen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4).

### 3.

Vorliegend ist insbesondere zu prüfen, ob seit dem Gutachten der MEDAS Bern Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sind, welche die Massgeblichkeit der damaligen Beurteilung so in Frage stellen, dass weitere Abklärungen erforderlich wären.

**3.1** Mit Bezug auf die lumbale Wirbelsäule wurde im Gutachten vom 11. März 2013 festgehalten, es bestünde eine leichte Bandscheibenproblematik L4/5, jedoch ohne radikuläre Kompression. In neurologischer Hinsicht ergäben sich zwar vorwiegend degenerative Veränderungen der LWS. Diagnostisch wurden diese als Lumbalgien ohne Hinweise auf radikuläre Störungen erfasst. Weiter wurde ausgeführt, die vom Beschwerdeführer berichteten sonstigen Beschwerden hätten kein eindeutig zuzuordnendes klinisches Korrelat gezeigt (Fremdakten, act. 4-13, 21). Prof. H.\_\_\_\_ führte im Aktenauszug MRI-Befunde der LWS vom 1. Mai 2014 und vom 21. April 2015 an. Im zweitgenannten wurde eine progrediente, links neuroforaminal betonte



Discusherniation mit Tangierung der Nervenwurzel S1 links, verstärkt im Verlauf zur Voruntersuchung, sowie eine stabile Osteochondrosis intervertebralis lumbalis L4/5 birecessal mit Tangierung der Nervenwurzel L5 beidseits beschrieben (IV-act. 137-2). Klinisch war die Untersuchung durch Prof. H.\_\_\_\_ insgesamt unauffällig (IV-act. 137-4). Es lägen weder motorische noch sensible Defizite vor, die Ausdruck einer Radikulopathie der (HWS oder) LWS seien. Insgesamt lägen degenerative Veränderungen der LWS (und HWS) vor, die vermutlich die Rückenschmerzen erklären könnten (IV-act. 138-3). Die Elektromyographie aus dem von S1 links versorgten M. gastrocnemius sei regelrecht gewesen. Hinweise auf eine lumbale Radikulopathie gebe es hier ebenfalls nicht (IV-act. 137-4). Zur Abklärung grenzwertig verzögerter, somatosensibel evozierter Potentiale bzw. zum sicheren Ausschluss einer auch subklinisch relevanten zervikalen Myelopathie veranlasste er ein MRI des Neurocraniums (IV-act. 137-4), welches einen unauffälligen Befund ergab. Prof. H.\_\_\_\_ schloss daraus, dass die Verzögerung der SEP-Latenzen bei der Stimulation der Beinnerven eher technisch bedingt oder allenfalls Ausdruck einer sehr diskreten Myelopathie sei, die weder klinisch noch bildgeberisch relevant sei (IV-act. 138-3). Abschliessend hielt er fest, es lägen degenerative Veränderungen an der LWS vor, die vermutlich die Rückenschmerzen erklärten. Die Blockaden mit Geheinschränkungen sowie das Taubheitsgefühl in den Füessen liessen sich neurologisch nicht weiter objektivieren und erklären (IV-act. 138-3). Somit liegen an der Lendenwirbelsäule zwar degenerative Befunde mit Tangierung bzw. Kompression insbesondere der S1- Wurzel vor (vgl. auch Bericht Prof. F.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2015, IV-act. 126-6 f.), diese führen jedoch klinisch zu keinen relevanten motorischen oder sensiblen Defiziten. Zu den die Rückenschmerzen erklärenden degenerativen Befunden nahm Dr. G.\_\_\_\_ am 2. Oktober 2015 Stellung, diese würden im adaptierten Tätigkeitsprofil bereits berücksichtigt (IV-act. 139). Die Degenerationen im Bereich der LWS sind demnach zwar progredient, sie wirken sich aber in quantitativer Hinsicht aktuell nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Bezüglich der bildgebend festgestellten radikulären Befunde legt Prof. H.\_\_\_\_ unter Berücksichtigung klinischer, bildgebender und elektromyographischer Befunde schlüssig und nachvollziehbar dar, dass diese sich klinisch nicht auswirkten und die geklagten Beschwerden in den Beinen entsprechend nicht erklärbar seien. Sie sind deshalb für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant, da sie zu keinen Funktionseinschränkungen führen (vgl. auch Stellungnahme RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ vom



5. September 2014, IV-act. 97). Daran vermag auch nichts zu ändern, dass Dr. J.\_\_\_\_ festhielt, betreffend der Knieschmerzen müsse von einer lumbospondylogenen Ursache ausgegangen werden (IV-act. 149). Dr. J.\_\_\_\_ erhob hinsichtlich des Rückens keine Befunde und stellte auch keine Diagnose für diesen Bereich. Aus seinen Berichten geht auch nicht hervor, dass ihm die die Lendenwirbelsäule betreffenden Berichte bekannt gewesen wären (vgl. IV-act. 148 f.). Seine Feststellung einer möglichen lumbospondylogenen Ursache der Knieschmerzen vermag daher die Beurteilung von Prof. H.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen.

**3.2** Hinsichtlich der Halswirbelsäule erhob der MEDAS-Gutachter als Diagnose ein Zervikalsyndrom nach PW-Unfall am 25. Dezember 2011. Auch wenn geringfügige lokalsegmentale Bewegungsstörungen der HWS bestehen könnten, hätten diese keine relevanten Auswirkungen auf die Funktionalität und somit auf die Arbeitsfähigkeit (Fremdakten, act. 4-13). Dr. D.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 4. September 2013 aus, es lägen aktuelle MRI-Bilder der Halswirbelsäule vor, die einerseits Spondylophyten bei C6/7 und beginnende leichte Spondylophyten bei C5/6 zeigten, andererseits auch Bandscheibenvorfälle. Der Vorfall C6/7 sei besonders in der Axialschicht deutlich Myelon-komprimierend (IV-act. 61-3 f.). Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 21. November 2013 über ein chronisches, cervikospondylogenes Schmerzsyndrom, bei medianer Diskushernie C6/C7 mit leichter Myelonkompression ohne Myelopathie (IV-act. 61-5 f.). Prof. H.\_\_\_\_ fand auch im Bereich der HWS klinisch-neurologisch keine auf eine Radikulopathie hinweisenden Defizite, jedoch degenerative Veränderungen, welche die Nackenschmerzen, nicht aber die angegebene Ausstrahlung in den linken Arm und die angegebene Schwäche in der rechten Hand nach Stromunfall im Oktober 2010 erklären könnten. Diagnostisch hielt er eine relative zervikale Spinalkanalstenose HWK 6/7, klinisch-neurologisch inapparent, sowie einen Status nach HWS Distorsion Grad II (QTF-Klassifikation) 2011 fest (IV-act. 138-2 f.). RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ führte auch hinsichtlich der degenerativen Veränderungen der HWS aus, diese seien im adaptierten Tätigkeitsprofil bereits berücksichtigt (IV-act. 139). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Prof. H.\_\_\_\_ erkläre die festgestellten Latenzen im Bereich C6/7 als technisch bedingt und verkenne dabei, dass eine Myelonkompression nachgewiesen sei, ist darauf hinzuweisen, dass Prof. H.\_\_\_\_ aufgrund der elektromyographischen Befunde ein MRI des Neurocraniums anfertigen liess, welches weitgehend unauffällig war (vgl. E. 3.1). Seine Beurteilung der Befunde als technisch indiziert stützt sich somit



auf diesen MRI-Befund sowie auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer bei der Untersuchung keine höheren Reizströme tolerierte. Sodann wurde das MRI nicht zum Ausschluss einer Myelonkompression, sondern einer Myelopathie angeordnet. Die bildgebend festgestellte Myelonkompression steht daher nicht im Widerspruch zur Beurteilung der Messresultate als technisch bedingt. So wird das Vorhandensein einer Myelopathie auch von Dr. E.\_\_\_\_ explizit verneint (IV-act. 61-5 f.). In diesem Zusammenhang dürfte auch der Hinweis von RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ zu verstehen sein, dass eine Myelonkompression nicht identisch sei mit einer Myelopathie (Stellungnahme vom 8. April 2016, IV-act. 145). Hinsichtlich der Halswirbelsäule ist somit keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen.

**3.3** Dr. J.\_\_\_\_ hielt ausdrücklich fest, dass die beklagten ausgeprägten Beschwerden durch die festgestellten gering ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Kniegelenk nicht erklärt werden könnten (IV-act. 149). Auch RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ wies auf die Diskrepanz zwischen der vom Beschwerdeführer angegebenen deutlichen Einschränkung der körperlichen Aktivitäten und dem klinisch erhobenen flüssigen, hinkfreien Gangbild hervor. Die geklagten ausgeprägten Beschwerden könnten weder bildgebend noch klinisch erklärt werden (27. Juni 2016, IV-act. 152-1). Nachvollziehbar erscheint auch, dass das durch MRI vom 13. September 2016 festgestellte Impingement keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, da es vom Radiologen ausdrücklich als geringfügig bezeichnet wird (Bericht MRI vom 14. September 2016, IV-act. 158; Stellungnahme RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2016 (IV-act. 159).

**3.4** Der psychiatrische Experte legte im psychiatrischen Teilgutachten vom 11. März 2013 dar, die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers weise stärkere narzisstische Züge auf, die sich auch in der Affektwahrnehmung und Affektregulation äusserten. Während die narzisstischen Impulse früher durch schulische, sportliche und berufliche Erfolge hätten kompensiert werden können, hätten sie später zum dysfunktionalen Verhalten mit Störung der Bewältigung von Beschwerden und Konflikten geführt. Die dysfunktionalen Bewältigungsmuster manifestierten sich gegenwärtig als Dysfunktionalität im Hinblick auf die körperlichen Beschwerden und führten zur Schonung (Passivität und Vermeidung) im Sinne einer Symptomausweitung und damit einer weiteren Beschwerdeverstärkung. Die Persönlichkeit weise auch eine



besondere Empfindsamkeit, Sensibilität auf (Fremdakten, act. 4-19).

Zusammenfassend ergebe sich das Bild einer Anpassungsstörung bei einer sensitiv narzisstisch, konstitutionell veranlagten Persönlichkeitsstruktur, die keiner relevanten Störung entspreche, jedoch zu einer dysfunktionalen Verarbeitung der somatischen Beschwerden beitrage. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich somit keine Leistungseinbussen zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Fremdakten, act. 4-21, 23). Die behandelnde Dr. I.\_\_\_\_ führte im Arztbericht vom 13. April 2016 folgende Diagnosen an: chronische Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine Persönlichkeitsakzentuierung, narzisstische und impulsive Anteile (ICD-10: F61.1) sowie Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10: Z60.0). Die aktuelle finanzielle Situation, die Arbeitsunfähigkeit und fehlende Zukunftsperspektiven würden sehr belastend erlebt und hätten starken Einfluss auf das Wohlbefinden. Die Persönlichkeitsstruktur mit starken narzisstischen und impulsiven Anteilen erschwere die konstruktive Bewältigung der somatischen Probleme. Aus diesem Grund seien dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie Vermeidung und Schonung entstanden. Die Einschränkungen führten zu einer massiven Selbstwertproblematik. Zudem bestehe eine eingeschränkte Introspektionsfähigkeit, aufgrund derer es sehr schwierig sei, funktionale Copingstrategien für die bestehenden Einschränkungen zu erlernen. Zweifelsohne sei die Wahrnehmung der somatischen Schmerzkomponente depressiv verstärkt, aber die Einschränkungen in der Beweglichkeit und Belastbarkeit seien zu einem nicht unerheblichen Teil auf die bestehenden Rückenbeschwerden zurückzuführen. Aus diesem Grund sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht und aufgrund der interpersonellen Schwierigkeiten, die wohl bei der vorhandenen Persönlichkeitsstruktur zu erwarten seien, zu ca. 30 % arbeitsunfähig (IV-act. 147-2 ff.). RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ äusserte dazu, in der Anamnese würden Schilderungen klinischer Symptome angeführt, die allerdings weder im psychopathologischen Status noch im Behandlungsbericht verifiziert würden. Eine Depression werde nicht diagnostiziert. Die Persönlichkeitsdiagnose sei nicht schwerwiegend; es werde keine Persönlichkeitsstörung, sondern eine Persönlichkeitsakzentuierung diagnostiziert. Dr. I.\_\_\_\_ diagnostiziere weiter eine somatoforme Schmerzstörung. Angesichts des geringen Ausprägungsgrades und der in den übrigen Lebensbereichen uneingeschränkt vorhandenen Aktivitäten könne bereits aus den vorliegenden Akten geschlossen werden, dass die Richtlinien des



Bundesgerichts, welche in den Standardindikatoren formuliert worden seien, nicht erfüllt würden. Schon die vom Versicherten beharrlich vertretene Umschulungsfähigkeit spreche gegen die geforderte Dauer und Schwere der somatoformen Schmerzstörung. Aus psychiatrischer Sicht liege keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 152-2). Im Ergebnis kann dem aus rechtlicher Sicht gefolgt werden. Zwar liegen keine eine relevante Beeinträchtigung ausschliessende Aggravation oder Simulation vor, so dass aufgrund der diagnostizierten Schmerzstörung nach dem strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 vorzugehen ist. Indes weist, wie Dr. L.\_\_\_\_ zu Recht hervorhebt, die Diagnose chronischer Schmerzen mit psychischen und somatischen Faktoren nicht per se einen hohen diagnoseimmanenten Schweregrad auf (vgl. BGE 142 V 106). Eine den Beschwerdeführer stärker beeinträchtigende somatische Komorbidität ist nicht ausgewiesen. Eine Persönlichkeitsstörung wurde ebenfalls nicht diagnostiziert. Jedoch bestehen narzisstisch und impulsiv akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche einer funktionalen Bewältigung der somatisch begründeten Beschwerden hinderlich sind. Ressourcenhemmend sind auch die von Dr. I.\_\_\_\_ erwähnte Selbstwertproblematik und eingeschränkte Introspektionsfähigkeit. Als wichtige Ressourcen sind indessen die offenbar intakte Partnerschaft und das hohe Bildungsniveau des Beschwerdeführers anzuführen. Die von Dr. I.\_\_\_\_ attestierte psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 30 % erklärt sich auch mit der Belastung durch die aktuelle finanzielle Situation, die Arbeitslosigkeit und die fehlenden Zukunftsperspektiven (vgl. IV-act. 147-3). Dabei handelt es sich um psychosoziale Belastungsfaktoren, deren Auswirkungen invaliditätsfremd sind und daher für die invalidenversicherungsrechtliche Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt werden dürfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Juli 2014, 9C\_152/2014, E. 3.1.2; BGE 127 V 299 E. 5.a). Es bestehen somit keine psychiatrischen Diagnosen, welche ausreichend schwere funktionelle Auswirkungen zeitigten, um eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

#### 4.

Zusammenfassend ergibt sich aus der medizinischen Aktenlage insgesamt nachvollziehbar und schlüssig, dass der Beschwerdeführer in adaptierten Tätigkeiten in seiner Arbeitsfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich betrachtet nicht eingeschränkt



ist. Die abweichenden Beurteilungen von Dr. I.\_\_\_\_ und Prof. F.\_\_\_\_ berücksichtigen die subjektive Schilderung des Beschwerdeführers bzw. seine dysfunktionale Bewältigung und vorhandene Belastungsfaktoren, welche auszuklammern sind. Prof. F.\_\_\_\_ hält lediglich fest, "nach seiner Meinung" werde der Beschwerdeführer sicher nicht mehr als zu 50 % arbeitsfähig werden (IV-act. 126-6). Seine Schätzung wird auch in weiteren Berichten und insbesondere im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren nicht durch medizinisch objektivierete Einschränkungen begründet. Somit stehen der Massgeblichkeit des Konsiliums von Prof. H.\_\_\_\_ und den RAD-Berichten keine objektiven medizinischen Standpunkte entgegen. Im Übrigen erzielte der Beschwerdeführer zuletzt ab 1. Mai 2011 einen Jahreslohn von 12 x Fr. 5'091.50 bzw. 13 x Fr. 4'700.-- = Fr. 61'098.-- bzw. Fr. 61'100.-- (Angaben Arbeitgeberin vom 2. Mai 2012, IV-act. 15-2, 24). Er verfügt zwar über ein nicht abgeschlossenes Geschichtsstudium, hat indessen in der Schweiz nie ein höheres stabiles Einkommen erzielt (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 68). Anhaltspunkte für eine zu einem höheren Einkommen führende Validenkarriere im Gesundheitsfall finden sich in den Akten nicht und werden auch nicht geltend gemacht. Das Valideneinkommen entspricht demnach dem letzten Jahreseinkommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C\_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen). Es liegt nahe beim Median gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Anforderungsniveau 4, Männer, beträgt für das Jahr 2011 Fr. 61'910.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019, Anhang 2), weshalb (zugunsten des Beschwerdeführers und in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin, vgl. IV-act. 140 und 160) ein Prozentvergleich durchgeführt werden kann. Selbst wenn aus psychiatrischer Sicht von einer 30 %igen Arbeitsunfähigkeit und von einem Tabellenlohnabzug von jedenfalls nicht mehr als 10 % ausgegangen würde, würde ein Invaliditätsgrad von 37 % ( $1 - [70 \% \times 0,9]$ ) resultieren, womit der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch hat.

## 5.

**5.1** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

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



## St.Galler Gerichte

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 sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

**5.3** Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung 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. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat eine Kostennote eingereicht (act. G 12; act. G 12.1). Darin macht er ein Honorar von Fr. 2'970.--, Barauslagen von Fr. 87.40 und Mehrwertsteuer von Fr. 244.15, total Fr. 3'301.55 geltend. Dies erscheint angemessen. Das Honorar ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'660.15 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**5.4** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

### 2.

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.



### 3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'660.15 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).