



Fall-Nr.: IV 2018/390
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 04.12.2020
Entscheiddatum: 25.09.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 25.09.2020

Art. 7 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG: Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Beweiskraft des Gutachtens bejaht. 100%ige Arbeitsfähigkeit ist in einer adaptierten Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich. Rentenanspruch verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. September 2020, IV 2018/390).

Entscheid vom 25. September 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Marie-Theres Rüegg Haltinner; a.o. Gerichtsschreiberin Marsha Karas

Geschäftsnr.

IV 2018/390

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roman Schmidlin, Hofmann Gehler Schmidlin,
Lattenhofweg 4, Postfach 2151, 8645 Jona,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 13. Januar 2016 unter Hinweis auf Knie- und Nackenschmerzen erneut bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an (IV-act. 88). Zuvor hatte er ab dem 1. Februar 2004 eine ganze Rente bezogen, die per 30. November 2010 aufgehoben wurde, da er aufgrund der Verbesserung seines Gesundheitszustandes wieder einer vollen Erwerbstätigkeit nachging (vgl. IV-act. 85 und 81). Am 15. August 2015 hatte sich der Versicherte beim Aussteigen aus dem Bus eine Kniedistorsion links mit Zerrung des medialen Retinaculums mit subkutanem Ödem präpatellar und entlang der Quadricepssehne bei intakten Kreuz-Lateralbändern zugezogen (Fremdakten-1-227 und 1-266). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) war für die Folgen des Unfalls aufgekommen (Fremdakten 1-252). Der Versicherte war vom 1. April bis 31. Oktober 2015 bei der B.____ AG als Maschinenführer angestellt gewesen (IV-act. 111-2 ff.).

A.b. Im Bericht des Kreisarztes Dr. med. C.____, Facharzt Neurochirurgie, vom 9. März 2016 wurde eine retropatelläre Chondromalazie dritten Grades Knie links bei Status nach Kniegelenksarthroskopie links mit lateraler TME am 30. Oktober 2014 diagnostiziert. Die bisherige Tätigkeit als Maschinenführer mit schwerer körperlicher Belastung sei betreffend das linke Knie nicht mehr zumutbar. Für eine leichte, gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende, jedoch vornehmlich sitzende Tätigkeit sei er arbeitsfähig. Betreffend Zumutbarkeitsprofil wird festgehalten: Gehen auf ebenem Gelände unbegrenzt, kein längeres Stehen und keine Zwangshaltungen wie Hocken bzw. Knien, gelegentliches Treppensteigen, kein Leiternsteigen sowie Vermeidung von Gehen auf unebenem Grund. Zudem wurde berichtet, dass die strukturellen Veränderungen im linken Knie gravierend und dauerhaft seien und einen



St.Galler Gerichte

Anspruch auf Integritätsentschädigung begründen würden (Fremdakten 9-3 f.). Mit Schreiben vom 10. März 2016 teilte die Suva dem Versicherten die Einstellung der Taggeldleistungen per 1. April 2016 mit, da der Versicherte ab diesem Zeitpunkt wieder zu 100% in adaptierter Tätigkeit arbeitsfähig sei (Fremdakten 14-1 f.).

A.c. Vom 13. April bis 1. Juni 2016 nahm der Versicherte an einem vom Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) organisierten Einsatzprogramm Z.____ mit einem Pensum von 50% teil (vgl. IV-act. 118-3). Aufgrund einer Zunahme der körperlichen Beschwerden wurde er zu 100% arbeitsunfähig geschrieben und musste das Einsatzprogramm frühzeitig beenden (IV-act. 124, 122)

A.d. Vom 27. Juni bis 23. Juli 2016 war der Versicherte in den Kliniken Valens zur Ausschöpfung der konservativen Therapiemassnahmen, zur Verhinderung einer weiteren operativen Versorgung sowie zur beruflichen Reintegration hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte berichteten im Austrittsbericht vom 8. August 2016 von einer Zervikobrachialgie beidseits linksbetont mit/bei Fehllhaltung der HWS, muskulären Dysbalancen im Schulterbereich, Diskusprotrusion C3/4 rechts und C6/7 links und Status nach Diskektomie und Spondylodese C4-6 (Mai 2011). Der Versicherte habe die eingangs schmerzbedingte deutlich eingeschränkte Beweglichkeit im Halswirbelsäulen- und linken Armbereich gut verbessern können. Es sei jedoch weiterhin zu belastungsabhängigen starken Schmerzexazerbationen gekommen, vor allem bei Bewegungen über Schulterhöhe. Betreffend die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinenführer bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. In einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Verweistätigkeit sei er ab dem 25. Juli 2016 zu 50% arbeitsfähig. Stehend vorgeneigte Tätigkeiten sollten nur manchmal und das Heben von Lasten bis max. 15 kg sowie Arbeiten über Schulterhöhe nur selten vorkommen (IV-act. 130 und 129).

A.e. Dr. med. D.____ des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Fachärztin für Arbeitsmedizin, attestierte dem Versicherten am 29. August 2016 nach Würdigung verschiedener Arztberichte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit und eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 50%, zügig steigerbar auf ein Vollpensum (für Adaptionkriterien vgl. IV-act. 135-2). Mit Mitteilung vom 24. Oktober



2016 wurde dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zugesprochen (IV-act. 148).

A.f. Der Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle führte im Schlussbericht vom 7. Februar 2017 aus, der Versicherte habe vom 26. September 2016 bis 25. Januar 2017 erneut an einem vom RAV organisierten Einsatzprogramm in E. ___ teilgenommen. Dort habe er mit einem Pensum von 50% in einer adaptierten Tätigkeit (CNC Programmierung, sitzende Tätigkeit am Computer) gearbeitet. Aus dem Schlussbericht des Einsatzprogrammes (vgl. IV-act. 153-3 ff.) sei deutlich geworden, dass der Versicherte sehr motiviert gewesen sei, jedoch aus gesundheitlichen Gründen (Rücken- und Nackenprobleme) keine Verbesserung habe erzielt werden können und der Versicherte am Schluss nur noch mit einem Pensum von 20% gearbeitet habe. Das Ziel einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei zu keinem Zeitpunkt des Einsatzprogrammes möglich gewesen infolge des instabilen Gesundheitszustandes. Es sei ihm sehr schwer gefallen, über längere Zeit zu stehen und zu sitzen, nach einem einstündigen Intervall habe er sich bewegen müssen. Nach einem halben Tag seien die Schmerzen so gross gewesen, dass er sich zu Hause habe ausruhen müssen und seine Konzentration nicht mehr vorhanden gewesen sei. In seinem Fazit hält der Eingliederungsverantwortliche fest, dass die aktuelle Arbeitsfähigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt nicht verwertbar sei und trotz grossem Bemühen die gesundheitliche Situation nicht habe verbessert werden können (IV-act. 154-3 f.).

A.g. Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte von der PMEDA AG Zürich im Juli 2017 polydisziplinär (orthopädisch, internistisch, psychiatrisch und neurologisch) untersucht (IV-act. 186-3). Im polydisziplinären Konsens ihres Gutachtens vom 10. November 2017 (vgl. IV-Act. 186-37 ff.) nannten die Sachverständigen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Diskektomie und Spondylose C4 bis C6 im Jahre 2011 und eine medial betonte Gonarthrose rechts. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ermittelten die Gutachter eine mögliche C7-Wurzelirritation links bei Status nach Spondylodese HWK 4-6 (Mai 2011), eine Cephalgie, eine Opioid-Fehlmedikation, den Verdacht auf eine arterielle Hypertonie und eine Knochenzyste am Grundglied IV-Zehe rechts. In der bisherigen und in vergleichbaren körperlich schweren Tätigkeiten bestehe aufgrund des postoperativen spinalen Status und einer Gonarthrose eine dauerhafte vollständige Arbeitsunfähigkeit.



St.Galler Gerichte

In einer körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehe spätestens seit 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 100% (IV-act. 186-44 f.).

A.h. Im Bericht vom 18. Dezember 2017 hielt Dr. med. F.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgende Diagnosen fest: schwere mediale Gonarthrose mit subchondraler Reaktionszone und degenerativ verändertem Meniskus rechts sowie Status nach Kniegelenksarthroskopie mit lateraler Teilmeniskektomie bei retropatellärer Chondromalazie 3. Grades am 30. Oktober 2014 links. Aufgrund akuter Schmerzen und einer Schwellung im rechten Kniegelenk, ohne erneutes Trauma, sei eine Kniegelenksinfiltration rechts durchgeführt worden. Er schrieb den Versicherten vom 18. Dezember 2017 bis 2. Februar 2018 zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 192 und 197).

A.i. Am 21. Dezember 2017 würdigte der RAD, Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, das Gutachten als konsistent, widerspruchsfrei, umfassend und schlüssig. Die im Konsens abgeleiteten medizinischen Schlussfolgerungen seien versicherungsmedizinisch nachvollziehbar und die wesentlichen Einschränkungen hätten in der Beurteilung Berücksichtigung gefunden. Betreffend den aktuellen Bericht von Dr. F.____ hielt der RAD überdies fest, dass die Aktivierung der Gonarthrose des rechten Kniegelenks durchaus eine vorübergehende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit zu bewirken vermöge. Die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei jedoch nicht längerfristig beeinflusst und die im Gutachten genannten Adaptionkriterien würden die mangelnde Belastbarkeit der Kniegelenke bereits einschliessen (IV-act. 194).

A.j. Am 18. Januar 2018 berichtete Dr. F.____ von einer Kniegelenksarthroskopie rechts mit Resektion am medialen Meniskus und Débridement lateral, Steadman-Bohrungen am medialen Femurkondyl und Tibiaplateau sowie einer ausgedehnten Synovektomie von über 90% der Synovitis (IV-act. 198-4). Im Arztbericht zur beruflichen Integration/Rente vom 28. Mai 2018 hielt Dr. med. H.____, Chirurgische Klinik Spital I.____, fest, am 25. Januar 2018 habe eine Kniegelenkspunktion und -arthroskopie mit Hämatomausräumung und Kniegelenksspülung nach der am 18. Januar durchgeführten Kniegelenksarthroskopie durchgeführt werden müssen. Bei bekannter



Gonarthrose habe bei der letzten Kontrolle am 15. Mai 2018 eine persistierende Schwellneigung und ein deutlicher intraartikulärer Kniegelenkserguss bestanden. Der Versicherte sei auf Schmerzmittel angewiesen und weiterhin bei hauptsächlich medialen Kniegelenksschmerzen im Alltag eingeschränkt. In der klinischen Untersuchung bestehe das Schmerzproblem hauptsächlich bei Belastung und beim Anlaufen. Betreffend Prognosen sei anzumerken, dass bei Pangonarthrose mittel- bis langfristig entsprechend des Leidensdruckes mit einem endoprothetischen Kniegelenksersatz zu rechnen sei. Für körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten sowie einseitig belastende Tätigkeiten für das Kniegelenk (langes Stehen, Treppenlaufen, längere Gehstrecken) werde der Versicherte eingeschränkt sein. In der angestammten Tätigkeit sei er vollständig arbeitsunfähig, in adaptierter Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 6-8 Stunden pro Tag (IV-act. 205).

A.k. Am 5. Juni 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sein Leistungsbegehren für berufliche Massnahmen abgewiesen werde (IV-act. 208).

A.l. Mit Vorbescheid vom 29. Juni 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Der Versicherte sei in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Dabei solle es sich um eine körperlich leichte Tätigkeit handeln, welche wechselbelastend oder überwiegend im Sitzen ausgeübt werden könne (IV-act. 214). Mit Verfügung vom 2. Oktober 2018 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 220).

A.m. Mit Schreiben vom 1. Oktober 2018 liess der Versicherte über Rechtsanwalt lic. iur. Roman Schmidlin, geltend machen, dass sein Gesundheitszustand noch nicht abschliessend beurteilt werden könne. Er verwies dabei auf den Bericht von Dr. med. J.____, Arzt Rheumatologie Spital I.____, vom 27. September 2018 (vgl. IV-act. 229 bzw. 241-7 f.). Aufgrund der neuen Erkrankung, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, müsse von einer Verfügung zum aktuellen Zeitpunkt abgesehen werden (IV-act. 228). Am 9. Oktober 2018 widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 2. Oktober 2018 und stellte eine neue Verfügung in Aussicht (IV-act. 231).

A.n. RAD-Ärztin Dr. G.____ nahm am 16. Oktober 2018 erneut Stellung und kam zum Schluss, dass aus medizinischer Sicht die gutachterlichen Ausführungen zur



Arbeitsfähigkeit bei der Bemessung der IV-Leistungen weiterhin zu Grunde gelegt werden könnten. Die klinischen Beschwerden im Bereich der linken oberen Extremität seien gegenüber dem Gutachtenszeitpunkt übereinstimmend geschildert worden. Die Bildgebung im Rahmen des Gutachtens sei aufgrund der schriftlichen Befundung identisch mit dem MRI vom 10. September 2018 und eine mögliche C7 Wurzelirritation links sei bereits im Gutachten diskutiert worden. Im Gutachten sei mittels klinisch-neurologischer Untersuchung und Neurographie eine neurogene Schädigung im Bereich der linken oberen Extremität ausgeschlossen worden. Aktuell sei weder eine neurologische Untersuchung noch eine Neurographie durchgeführt worden. Auch betreffend das rechte Kniegelenk sei im Bericht von Dr. H.____ vom 28. Mai 2018 ein weitgehend identischer klinischer Untersuchungsbefund wie im orthopädischen Gutachten beschrieben worden (IV-act. 234-3).

A.o. Am 18. Oktober 2018 verfügte die IV-Stelle erneut gemäss dem Vorbescheid und verwies auf die RAD-Stellungnahme vom 16. Oktober 2018. Es habe sich aufgrund der eingereichten Arztberichte kein neuer medizinischer Sachverhalt ergeben, weshalb weiterhin auf das Gutachten abzustützen sei (IV-act. 235).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 19. November 2018. Es wird beantragt, dass die Verfügung der IV-Stelle vom 18. Oktober 2018 aufzuheben und dem Beschwerdeführer eine ganze Rente auszurichten sei. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und zum neuen Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Weiter beantragt der Beschwerdeführer die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sowie Rechtsverteidigung. Zur Begründung lässt der Beschwerdeführer über seinen Rechtsvertreter geltend machen, das polydisziplinäre Gutachten sei aufgrund des Berichtes von Dr. J.____ bereits wieder überholt und könne folglich für die Anspruchsprüfung nicht herangezogen werden. Es liege eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Des Weiteren seien diverse Unstimmigkeiten im polydisziplinären Gutachten festzustellen. Das Gutachten sei unvollständig, da keine rheumatologische Begutachtung erfolgt sei, weshalb ergänzend



ein rheumatologisches Gutachten in Auftrag zu geben sei. Weiter überzeuge das orthopädische Teilgutachten nicht. Einerseits sei durch Dr. J.____ nun ein Korrelat zu den erheblichen zervikalen Schmerzen gefunden worden und andererseits könne der klinisch unauffällige Befund des linken Knies nicht nachvollzogen werden, zumal der Suva Kreisarzt eine strukturelle Veränderung im linken Knie festgestellt und eine Integritätsentschädigung vorgeschlagen habe. Unverständlich seien auch die Ausführungen im neurologischen Teilgutachten, welches die Medikation mit zwei Opioiden als auffällig bezeichnet und das Fehlen eines Schmerzkalenders moniert habe. Zusammenfassend sei das Gutachten nicht verwertbar und die Verfügung zu früh erfolgt, weshalb weitere Abklärungen erforderlich seien. Nach Einschätzung des Beschwerdeführers sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, welche einen Anspruch auf eine ganze Rente nach sich ziehe (act. G 1).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und erklärt, die Kritik des Beschwerdeführers am polydisziplinären Gutachten sei unbegründet. Aufgrund des eingereichten Berichtes von Dr. J.____ würden keine neuen Diagnosen gestellt, welche im Gutachten nicht bereits berücksichtigt worden wären und es könne nicht von einer wesentlichen respektive dauernden Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei mit dem im Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten genügend abgeklärt worden und es sei keine rheumatologische Begutachtung erforderlich (act. G 3).

B.c. Am 17. Januar 2019 bewilligte das Gericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung durch Rechtsanwalt Roman Schmidlin) für das Beschwerdeverfahren (act. G 4).

B.d. Mit Replik vom 5. März 2019 hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Das polydisziplinäre Gutachten sei sehr einseitig ausgefallen und berücksichtige nicht sämtliche Faktoren, die zum heutigen Zeitpunkt bekannt seien. Insbesondere sei durch Dr. J.____ ein Korrelat zu der beschriebenen Schmerzsymptomatik gefunden worden. Der Behandlungserfolg sei abzuwarten und je nach Therapieerfolg seien die starken Schmerzen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. Des Weiteren



sei der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich sehr speziell. Es sei unverständlich, dass das Invalideneinkommen höher als das Valideneinkommen sei, weshalb hier korrigierend eingegriffen werden müsse (act. G 8)

B.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 11. März 2019 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.2. Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.3. 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 mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist.



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 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nichts abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Die Richterin und der Richter haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

1.5. 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 256 E. 4 mit Hinweisen). Ob einer versicherungsmedizinischen Expertise oder einem ärztlichen Bericht Beweiswert zukommt, stellt eine frei überprüfbare Rechtsfrage dar. Diese ist zu bejahen, wenn 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2018, 9C_86/2018, E. 5.1 mit Hinweisen).

1.6. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten



aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt auch für Stellungnahmen behandelnder Spezialärzte (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 6. April 2006, I 803/05, E. 5.5). Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte dem von der Verwaltung bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu beachten (Urteil des EVG vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2). Es ist deshalb nicht zulässig, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2018, 9C_86/2018, E. 5.4.1 mit Hinweisen).

2.

2.1. Zunächst ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers genügend abgeklärt wurde, um der Beschwerdegegnerin eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu ermöglichen.

2.2. Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung des Rentenanspruchs auf das polydisziplinäre Gutachten der PMEDA vom 10. November 2017 (IV-act. 186), welches dem Beschwerdeführer in einer körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit ab dem Jahr 2010 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bescheinigt, sowie auf die RAD-Stellungnahme vom 16. Oktober 2018 zum Verlauf nach dem Gutachtenszeitpunkt (IV-act. 234). Der Beschwerdeführer hingegen spricht dem polydisziplinären Gutachten der PMEDA den Beweiswert ab. Zur Begründung werden insbesondere die Erkenntnisse aus dem Sprechstundenbericht von Dr. med. J. ___ vom 27. September 2018 herbeigezogen. Zu prüfen ist demnach, ob dem polydisziplinären Gutachten materiell-rechtlich gefolgt werden kann, oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen (vgl. E. 1.5 vorstehend). Auf die einzelnen Kritikpunkte am Gutachten wird nachfolgend, soweit entscheiderelevant, konkret eingegangen.

2.3. Soweit der Beschwerdeführer moniert, der orthopädische Gutachter habe entgegen dem Bericht von Dr. J. ___ kein ausreichendes Korrelat für die angegebenen



erheblichen zervikalen Schmerzen gefunden, kann er - wie nachfolgend aufzuzeigen ist - nichts zu seinen Gunsten ableiten.

2.3.1. Dr. J.____ berichtete am 27. September 2018, dass ab Mitte August 2018 eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik im Bereich der Halswirbelsäule mit einem "Einschlafen" des linken Armes bei bestimmten Bewegungen bestanden habe. Er diagnostizierte ein Zervikales Schmerzsyndrom derzeit radikulär C7 links bei einer moderaten Osteochondrose HWK 3/4 und HWK 6/7 mit geringen Bandscheibenhernien und potenziellen foraminale Kompressionen der Nervenwurzeln C4 rechts und C7 beidseits; Status nach Daktylitis D4 der linken Hand und eine Gicht. Eine CT-gesteuerte Infiltration sei bereits geplant. Eine prognostische Aussage zur Dauer der 100%igen Arbeitsunfähigkeit sei derzeit nicht möglich, da der Erfolg der Therapien abzuwarten sei (IV-act. 229-1 f. bzw. 241-7 f.).

2.3.2. Im orthopädischen Teilgutachten hält Dr. med. K.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass sich aus orthopädischer Sicht eine geringe Einschränkung der HWS-Beweglichkeit finde und die spontane Mobilität nicht namhaft limitiert erscheine. Das MRI der HWS vom 28. Juli 2017 zeige degenerative Veränderungen und Diskusprotrusionen in den Anschlusssegmenten bei Status nach Spondylodese HWK 4-6 bei gut erhaltenem Alignment. Es lasse sich kein ausreichendes Korrelat für die angegebenen erheblichen zervikalen Schmerzen und Sensibilitätsstörungen im linken Arm finden (IV-act. 186-29 f.).

2.3.3. Aus dem neurologischen Teilgutachten geht hervor, dass Dr. med. L.____, Facharzt Neurologie, eine mögliche C7-Wurzelirritation links bei Status nach Spondylodese HWK 4 bis 6 (Mai 2011) diskutierte (IV-act. 186-22 f.). Aus den neurologischen Untersuchungsbefunden lasse sich kein nervales Defizit schlüssig und biologisch plausibel erheben. Die angegebenen sensiblen Störungen würden keinem radikulären oder anderweitig plausiblen Muster folgen, die Kraftproben seien durch Zeichen einer mangelhaften Mitarbeit geprägt (wechselnde Willkürtonisierung) und insbesondere die symmetrischen Eigenreflexe der Arme sprächen gegen eine namhaft radikuläre Läsion. Allenfalls komme es aufgrund anamnestischer Angaben zu einer Schmerzprojektion infolge einer C7-Wurzelirritation, die sich im Befund jedoch auch nicht nachvollziehen liesse. Bei einem Status nach zervikaler Spondylodese HWK 4-6 sei die Halswirbelsäulenbeweglichkeit und -belastbarkeit zwar als leicht limitiert anzusehen, in der klinischen Beobachtung der spontanen Mobilität habe jedoch keine namhafte Einschränkung bestanden. Zudem habe die Elektroneurographie der Arme



regelrechte Befunde gezeigt, sodass sich auch hieraus kein namhaftes nervales Defizit ergebe. Im spinalen MRI der HWS vom 28. Juli 2017 zeige sich eine Diskusprotrusion in den Höhen HWK 3/4 und HWK 6/7. Eine Myelopathie, Spinalnervenzwurzelkompression oder anderweitig postoperative Alterationen mit eigenständigem Krankheitswert hätten sich nicht gezeigt. Infolge des postoperativen spinalen Status bestehe betreffend schwerer körperlicher Arbeit eine Arbeitsunfähigkeit. Aus neurologischer Sicht sei für eine wechselbelastende oder überwiegend sitzende, körperlich leichte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-act. 186-22 f. und 55).

2.3.4. Aus den Akten, welche den Gutachtern vorgelegen haben (vgl. IV-act. 186-7), geht weiter hervor, dass bereits Dr. med. M.____, Neurochirurgie Kantonsspital St. Gallen, am 18. Februar 2016 von epi- und subfusionellen Diskusprotrusionen HWK 3/4 und HWK 6/7 mit jeweiliger foraminärer Einengung und von einer geplanten Nervenwurzelinfiltration C4 und C7 berichtete (vgl. Arztbericht IV-Abklärung, IV-act. 113-3). Im Rahmen einer Zweitmeinung berichtete Prof. Dr. med. N.____, Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 7. Juni 2016 von einer Schmerzexacerbation auf der linken Seite mit Kribbelparästhesien des gesamten Armes, wobei die neurologischen Abklärungen unauffällig gewesen seien. Die im Kantonsspital durchgeführten Nervenwurzelinfiltrationen C4 und C7 hätten zu keiner Linderung der Beschwerden geführt. Es werde nun eine mikrochirurgische Dekompression mit gleichzeitiger Spondylodese geplant (IV-act. 125-3 f.). Im weiteren Verlauf hatte Dr. N.____ am 30. November 2016 festgehalten, dass bei Besserung der Schmerzsymptomatik die Physiotherapie weiter beibehalten werden soll und die ursprünglich angedachte operative Versteifung von C3-C7 kaum erfolgsversprechend sei (IV-act. 157-6). Die von Dr. J.____ geplante Infiltration der Nervenwurzel wurde nach dem Gesagten bereits im Jahre 2016 ohne nennenswerte Besserung der Beschwerden durchgeführt, weshalb ein weiteres Zuwarten für die Beurteilung des Therapieerfolges – welches in der Replik vom 5. März 2019 für notwendig gehalten wurde (vgl. act. G 8) – keinen entscheidungsrelevanten neuen Aufschluss erwarten lässt.

2.3.5. Betreffend die geklagten Beschwerden und Befunde der Halswirbelsäule ergaben sich aus dem Bericht von Dr. J.____ gemäss vorstehenden Erwägungen keine neuen Erkenntnisse, welche nicht bereits durch den RAD oder die Gutachter gewürdigt worden sind. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. J.____ wird ferner nicht weiter begründet und es geht aus dessen Bericht insbesondere nicht hervor, ob sie die bisherige Tätigkeit oder auch eine adaptierte Tätigkeit beschlägt. Das vom Beschwerdeführer geltend gemachte Korrelat zu den zervikalen Schmerzen wurde



vielmehr bereits im neurologischen Gutachten diskutiert und im Rahmen der Konsensbesprechung bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (vgl. IV-act. 186-42 ff.).

2.4. Der Beschwerdeführer bemängelt weiter die Einschätzung des orthopädischen Gutachters bezüglich der unauffälligen klinischen Befunde für das linke Kniegelenk. Der Gutachter habe sich nicht genügend mit der medizinischen Aktenlage auseinandergesetzt, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Suva-Kreisarzt gemäss eigener Untersuchung eine Integritätsentschädigung aufgrund gravierenden strukturellen Veränderungen im linken Knie befürwortete (vgl. Fremdakten 9-4). Der orthopädische Gutachter hält betreffend beide Knie fest, das Gangbild sei leicht rechts hinkend, es bestehe ein Druckschmerz beim medialen und lateralen Gelenkspalt beidseits sowie ein geringer Erguss im rechten Kniegelenk, eine geringe mediale Aufklappbarkeit rechts und Angabe eines endgradigen Beugeschmerzes rechts. Es bestehe keine Seiteninstabilität links. Der klinische Befund für das linke Knie sei unauffällig, rechtsseitig zeige sich im MRI eine medial betonte trikompartimentelle Gonarthrose IV (IV-act. 186-27 ff.). Der orthopädische Gutachter hatte Kenntnis von den Vorakten und hat die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers im Bereich beider Kniegelenke berücksichtigt, in der medizinischen Befundaufnahme bezüglich des linken Knies im Zeitpunkt des Gutachtens jedoch keine Auffälligkeiten (z.B. Schwellung, Überwärmung, Erguss etc.) festgestellt. Betreffend die Arbeitsfähigkeit hält der Gutachter fest, dass nur noch für leichte körperliche Arbeiten, bevorzugt sitzend oder wechselbelastend, eine Arbeitsfähigkeit von 100% bestehe (IV-act. 186-29). Dies deckt sich mit der Einschätzung des Suva Kreisarztes betreffend zumutbarer Tätigkeit bezogen auf das linke Knie (vgl. Fremdakten 9-4). Dem Beschwerdeführer ist insoweit zuzustimmen, dass die bisherige Diagnose Retropatelläre Chondromalazie dritten Grades Knie links bei Status nach Kniegelenksarthroskopie mit lateraler Teilmeniskektomie (vgl. Suva Bericht vom 9. März 2016, Fremdakten 9-3; Bericht von Dr. F. ___ vom 18. Januar 2018, IV-act 198-4) im Gutachten nicht aufgelistet ist. Invalidenversicherungsrechtlich kommt es nach der Rechtsprechung grundsätzlich indessen nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (Urteil des Bundesgerichtes vom 28. Juni 2018, 9C_273/2018, E. 4.2 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer vermag nicht aufzuzeigen, inwiefern aufgrund der geklagten Beschwerden an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit durch den orthopädischen Teilgutachter betreffend das linke Knie zu zweifeln wäre. Hinzu kommt, dass die Rechtsprechung sogar bei massiven Kniebeschwerden davon ausgeht, dass diesem Leiden mit dem Zumutbarkeitsprofil einer wechselbelastenden Tätigkeit angemessen Rechnung



getragen wird (Urteile des EVG vom 17. August 2004, I 643/03, E. 4.2 und des Bundesgerichts vom 31. Mai 2011, 9C_49/2011, E. 3.3). Auch diese Kritik vermag somit an der Zuverlässigkeit des Gutachtens nichts zu ändern.

2.5. Weiter lässt der Beschwerdeführer geltend machen, dass eine rheumatologische Abklärung notwendig sei. Festzuhalten ist diesbezüglich, dass es grundsätzlich den Gutachterpersonen überlassen ist, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2018, 8C_682/2017, E. 6.2 mit Hinweisen). Weder der RAD noch die PMEDA-Gutachterstelle hatten eine rheumatologische Begutachtung für erforderlich gehalten. Betreffend Beurteilung des Gesundheitszustandes ist zudem anzumerken, dass an der Erstellung des PMEDA-Gutachtens vom 17. November 2017 je ein Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, für Innere Medizin, für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie beteiligt waren. Die Fachkompetenz des Orthopäden und Internisten erstreckt sich auch auf rheumatologische Leiden. Gegenstand der Rheumatologie - als Teildisziplin der Inneren Medizin - sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates, was unter anderem auch auf die Orthopädie zutrifft (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Februar 2018, 8C_682/2017, E. 6.2 mit Hinweisen). Weshalb insbesondere der Orthopäde und der Neurologe nicht in der Lage gewesen sein sollten, die HWS-Schmerzen und das Einschlafen des linken Armes sowie die damit einhergehende Arbeitsfähigkeit kompetent zu beurteilen, ist nicht ersichtlich, zumal Dr. J. ___ dieselben Diagnosen wie im Gutachten stellt. Ferner kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine den Beweisanforderungen grundsätzlich genügende medizinische Expertise nicht in Frage gestellt werden und es besteht kein Anlass zu weiteren Abklärungen, wenn die behandelnden Ärzte und Ärztinnen zu einer unterschiedlichen Sichtweise gelangen (vgl. E. 1.6 vorstehend). Wie bereits ausgeführt benennt der beigezogene Rheumatologe Dr. J. ___ keine objektiven Gesichtspunkte, die gegen die Beurteilung der Gutachter sprechen würden und im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren. Es besteht somit kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen und solche lassen keinen entscheiderelevanten neuen Aufschluss erwarten (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 136 I 229, E. 5.3).

2.6. Letztlich bemängelt der Beschwerdeführer, das PMEDA-Gutachten setze sich nicht mit den Resultaten aus dem vom RAV angesetzten Einsatzprogramm und den darin enthaltenen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit auseinander. Der Programmleiter des Einsatzprogrammes berichtete am 24. Januar 2017, dass der Beschwerdeführer sehr motiviert, aber sein Gesundheitszustand während der ganzen Zeit sehr instabil



und eine Steigerung des Arbeitspensums nicht möglich gewesen sei. Es sei dem Beschwerdeführer schwergefallen, über längere Zeit zu stehen und zu sitzen, wobei er sich nach einer Stunde sitzen immer wieder habe bewegen müssen. Er habe öfters aufgrund der Schmerzen die Arbeit früher verlassen müssen. Am Ende hätte er nur noch mit einem Pensum von 20% arbeiten können (IV-act. 153-3 ff.). Es trifft zu, dass die Gutachter sich mit dieser Thematik nicht befasst haben und eine Diskussion wünschenswert gewesen wäre. Nach dem Gesagten lassen sich im Bericht des Einsatzprogrammes vom 24. Januar 2017 jedoch keine Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus medizinischer Sicht ziehen. Vielmehr zeigt der Situationsbericht die Einschätzung der Programmleitung betreffend Leistungsfähigkeit und Arbeitsverhalten des Beschwerdeführers insbesondere aufgrund des subjektiven Beschwerdevortrages. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit ist denn wie vorstehend erläutert auch nicht Aufgabe von betreuenden Personen im Einsatzprogramm, sondern der medizinischen Fachpersonen (vgl. E. 1.5). Dies haben die Gutachter denn auch getan und aufgrund somatischer Gründe eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert. Der orthopädische, der internistische und der psychiatrische Gutachter hielten fest, dass keine Schonhaltung, Schonsitz, Auffälligkeiten der Spontanmotorik und kein schmerzgeplagter Eindruck vorliegen würden (IV-act. 186-14 und 186-25, 186-36). Der neurologische Gutachter berichtete, dass der Beschwerdeführer während der Anamnese nach 45 Minuten unter Angabe von Armschmerzen links und einer Verkrampfung der linken Schulter- und Armmuskulatur habe aufstehen müssen, wobei nach circa 3-4 Minuten wieder eine Besserung eingetreten sei. Der Kopf könne spontan frei in alle Richtungen gewandt werden (IV-act. 186-18). In der Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der objektiven Befunde einer nicht namhaften Beeinträchtigung der spontanen Mobilität und der Kontextfaktoren in adaptierter Tätigkeit, als körperlich leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend beschrieben, eine Arbeitsfähigkeit von 100% bestehe. Eine insbesondere vom Hausarzt attestierte geringere Arbeitsfähigkeit stütze sich mehrheitlich auf den subjektiven Beschwerdevortrag und überzeuge aus gutachterlicher Sicht nicht ausreichend (vgl. IV-act. 186-38 f.). Diese Schlussfolgerungen sind - auch unter Berücksichtigung des Berichtes aus dem Einsatzprogramm - nicht zu beanstanden.

2.7. Zusammenfassend lässt sich nach dem vorstehend Gesagten festhalten, dass der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde. Das Gutachten erfüllt sowohl die formellen als auch die inhaltlichen Voraussetzungen. Dem Gutachten kommt folglich Beweiswert zu und es besteht kein Anlass, bezüglich der medizinisch-



theoretischen Arbeitsfähigkeit von dessen Einschätzungen abzuweichen. Nach der Begutachtung kam es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes, weshalb weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden kann. Wie in den vorstehenden Erwägungen dargetan (vgl. E. 2.1-5), handelt es sich bei den von den Gutachtern abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte um eine andere Einschätzung desselben Sachverhaltes bzw. diese bezogen sich nicht ausdrücklich auf eine adaptierte Tätigkeit. Insofern überzeugt auch die ausführliche Einschätzung in der RAD-Stellungnahme vom 16. Oktober 2018 zu den nach der Begutachtung erstatteten Berichten (IV-act. 234). Damit ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit besteht seit spätestens 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 100% (IV-act. 186-44 ff.).

3.

3.1. Der Beschwerdeführer beantragt die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente und beanstandet im Zusammenhang mit der konkreten Berechnung des Einkommensvergleichs, es sei unlogisch, dass er mit dem Gesundheitsschaden ein höheres Erwerbseinkommen erziele würde als ohne gesundheitliche Beeinträchtigung. Es sei hier korrigierend einzugreifen, indem entweder auf einen anderen Tabellenlohn abgestellt oder ein Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen werde. Gemäss Art. 29 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Vorliegend ist daher ein Rentenanspruch frühestens ab Juli 2016 zu prüfen.

3.2. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlungen und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Hierzu wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 135 V 58). Das Invalideneinkommen bezeichnet das mit Invalidität, genauer mit dem invalidisierenden



Gesundheitsschaden - zumutbarerweise noch erzielbare Erwerbseinkommen, welches im Rahmen von Art. 28a IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG einzusetzen und dem Valideneinkommen gegenüberzustellen ist (vgl. E. 1.2 vorstehend).

3.3. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Hat sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so sind statistische Werte (Tabellenlöhne) beizuziehen (BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Beim Invalideneinkommen handelt es sich begrifflich um eine hypothetische Tatsache. Sofern auf Tabellenlöhne abgestellt wird, sind grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.5). Die Rechtsprechung wendet dabei in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE Tabelle TA1, Zeile "Total Privater Sektor" an (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2018, 8C_458/2017, E. 6.2.3). Rechtsprechungsgemäss gibt es durchaus Konstellationen, in welchem das Invalideneinkommen höher als das Valideneinkommen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Dezember 2019, 9C_674/2019, E. 3.4.4 mit Hinweisen)

3.4. Die Beschwerdegegnerin stellt für das Valideneinkommen auf das Einkommen des Beschwerdeführers aus dem Jahr 2015 ab. Damals hatte der Beschwerdeführer bei der B. AG ein Jahreseinkommen von Fr. 65'000.-- verdient (IV-act. 111-3). Dem IK-Auszug (IV-act. 90) ist zu entnehmen, dass er zuvor noch nie Einkommen in dieser Höhe erwirtschaftet hat. Das Invalideneinkommen ermittelt die Beschwerdegegnerin anhand der Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung 2014 (LSE) des Bundesamtes für Statistik und rechnete dies zu einem Jahreseinkommen von Fr. 66'453.-- hoch (vgl. Anhang 2 Lohnentwicklung der IV-Textausgabe der Informationsstelle AHV/IV). Einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2) vom Invalideneinkommen nahm sie nicht vor (vgl. IV-act. 212). Eine Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 65'000.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 66'453.-- ergebe einen Invaliditätsgrad von 0% und löse somit keinen Rentenanspruch aus.

3.5. Die Beschwerdegegnerin hat korrekterweise auf den Monatslohn von Fr. 5'312.-- basierend auf 40 Arbeitsstunden pro Woche gemäss LSE Tabelle TA1 Zeile "Total Privat Sektor" für Männer im Kompetenzniveau 1 abgestellt und diesen entsprechend der betriebsüblichen Arbeitszeit aufgerechnet. Eine Ausnahme betreffend Abstellen auf ein statistisches Durchschnittseinkommen einer einzelnen Branche liegt nicht vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2018, 8C_458/2017, E. 6.2.3). Wie vorstehend dargetan, handelt es sich beim Invalideneinkommen um eine hypothetische Tatsache und bei den Tabellenlöhnen um statistische Annahmen (vgl. E. 3.2), deren



Anwendung eine gewisse Abstrahierung beinhaltet und die konkreten Gegebenheiten im Einzelfall ausblendet (Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2017, 9C_667/2017, E. 3.2). Zu Recht hat die Beschwerdegegnerin in der Verfügung festgestellt, dass der Beschwerdeführer bei der Verwertung der medizinisch attestierten Arbeitsfähigkeit von 100% ein mindestens gleich hohes Jahreseinkommen erzielen könnte wie vor Eintritt des Gesundheitsschadens. Selbst unter Gewährung eines höchstmöglichen Tabellenlohnabzuges von 25% (BGE 126 V 75 E. 5b/cc) resultierte bei einem Invalideneinkommen von Fr. 49'839.75 kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (23%).

4.

4.1. Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 18. Oktober 2018 nicht zu beanstanden und die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

4.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

4.3. 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 der Honorardnung des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese 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. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

4.4. 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] in Verbindung mit 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.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).