



Fall-Nr.: IV 2019/210
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 22.12.2021
Entscheiddatum: 21.06.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 21.06.2021

Art. 28 IVG. Beweiswert eines interdisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Juni 2021, IV 2019/210).

Entscheid vom 21. Juni 2021

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz) und Marie Löhner,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren

Geschäftsnr.

IV 2019/210

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Stefan Galligani, Anwaltskanzlei Galligani,
Ruederstrasse 8, Postfach 1, 5040 Schöffland,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____, von Beruf Z.____, meldete sich am 23. Juni 2013 wegen Schmerzen im Knöchel (OSG links), Kopfschmerzen, Migräne und Depression zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er hatte zuletzt vom 1. Oktober 2011 bis 31. August 2012 als Verkäufer Aussendienst 100 % gearbeitet (vgl. IV-act. 5, 17 f., 45-2 und 52-4).

A.b. Nach medizinischen Abklärungen (vgl. IV-act. 13 ff.) teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 15. April 2014 mit, aufgrund seines Gesundheitszustands seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Die medizinische Behandlung stehe im Vordergrund (IV-act. 37). Nach weiteren medizinischen Behandlungen und Abklärungen (vgl. IV-act. 61 ff. und 76 ff.) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Mitteilung vom 7. November 2016 ein Belastbarkeitstraining vom 15. November 2016 bis 14. Februar 2017 bei der B.____ AG zu (IV-act. 100). Dieses wurde aus gesundheitlichen Gründen per 10. Januar 2017 unterbrochen (vgl. Mitteilung vom 13. Februar 2017, IV-act. 114).

A.c. Mit Mitteilung vom 12. April 2017 wurde dem Versicherten für den Zeitraum vom 20. März bis 19. Mai 2017 die Wiederaufnahme und Fortführung des Belastbarkeitstrainings bei der B.____ AG zugesprochen (vgl. IV-act. 116-2 und 120). Vom 20. Mai 2017 bis 19. November 2017 erfolgte ein Aufbaustraining (vgl. IV-act. 122 und 124). Die vereinbarten Ziele konnten indes nicht erreicht werden. Im Schlussbericht vom 8. November 2017 wurde festgehalten, der Versicherte sei mit vertretbarem Aufwand auf dem Arbeitsmarkt nicht integrierbar. Das unter Umständen mit viel Einsatz erarbeitete Ergebnis wäre permanent gefährdet und "dem Untergang geweiht" (IV-act. 129, insbesondere IV-act. 129-4). Mit Mitteilung vom 12. Januar 2018 schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen ab (IV-act. 141).



St.Galler Gerichte

A.d. Zur Klärung der medizinischen Situation ordnete die IV-Stelle am 20. April 2018 eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie, Orthopädie und Psychiatrie) an. Der Gutachtensauftrag wurde der Pmeda AG, Zürich, zugeteilt (vgl. IV-act. 143 ff.).

A.e. Mit Gutachten vom 17. September 2018 stellten die Pmeda-Gutachter die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie insbesondere Zwangshandlungen, Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung, laborchemisch Verdacht auf übermässigen Alkoholkonsum, Cephalgien im Rahmen von Spannungskopfschmerzen und Migräne, Status nach Supinationstrauma am OSG links, Status nach Radiusfraktur links, Akne inversa Grad 1 nach Hurley, posttraumatische Arthrose beider Handgelenke mit geringer Funktionsstörung links und posttraumatische Funktionsstörung linkes OSG/USG (IV-act. 161-9). In der bisherigen wie auch in einer anderen adaptierten Tätigkeit bestehe eine aus psychischen Gründen reduzierte Arbeitsfähigkeit von 50 % (IV-act. 161-10 f.).

A.f. Mit Stellungnahme vom 11. Oktober 2018 hielt RAD-Arzt Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, fest, das Pmeda-Gutachten entspreche im Wesentlichen den geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien. Versicherungsmedizinisch sei der Gesundheitszustand formal mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit im Längsschnitt über die letzten Jahre und prognostisch auf die nächsten ein bis zwei Jahre hin gesehen als "stabil" anzusehen (IV-act. 169).

A.g. Mit Vorbescheid vom 19. November 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache einer halben Invalidenrente ab 1. Dezember 2013 in Aussicht (IV-act. 172). Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Stefan Galligani, am 19. Dezember 2018 Einwand (IV-act. 177) und begründete diesen am 29. Januar 2019 (IV-act. 181).

A.h. Am 5. Februar 2019 liess der Beschwerdeführer einen Untersuchungsbericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Kantonsspital St. Gallen, vom 7. September 2018 einreichen, mit welchem die gutachterliche Verdachtsdiagnose eines intraossären



St.Galler Gerichte

Dermoids bestätigt wurde. Er machte geltend, sein Gesundheitszustand werde dadurch stark beeinträchtigt (IV-act. 182).

A.i. Mit Bericht vom 28. März 2019 stellten med. pract. D.____, Oberarzt, und Dr. med. E.____, Assistenzärztin, Psychiatrie F.____, nach einem stationären Aufenthalt des Versicherten vom 15. bis 22. März 2019 als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) und als Nebendiagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) fest (IV-act. 185).

A.j. Mit Stellungnahme vom 14. Mai 2019 hielt RAD-Arzt Dr. C.____ unter ausführlicher Begründung im Wesentlichen fest, trotz der Einwände des Versicherten könne auf das Pmeda-Gutachten abgestellt werden (IV-act. 186). Mit Verfügung vom 14. Juni 2019 lehnte die IV-Stelle die unentgeltliche Rechtsverteidigung im Vorbescheidverfahren ab (IV-act. 191).

A.k. Mit Verfügungen vom 24. Juni 2019 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine halbe Invalidenrente ab 1. Dezember 2013 zu und verrechnete die Rentenleistungen mit noch offenen Rückforderungen von IV-Taggeldern für November und Dezember 2016 sowie Januar und März 2017 und mit bevorschussten Leistungen der Sozialen Dienste (IV-act. 192 f. i.V.m. IV-act. 188).

B.

B.a. Gegen diese Verfügungen erhebt A.____ am 23. August 2019 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügungen vom 24. Juni 2019 seien aufzuheben. Ihm sei eine ganze Rente zu gewähren. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege samt unentgeltlicher Rechtsverteidigung zu gewähren, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, das polydisziplinäre medizinische Gutachten vom 17. September 2018 und die RAD-Stellungnahme vom 14. Mai 2019 seien untauglich. Es sei auf die Beurteilung der Behandler abzustellen und die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % festzulegen. Er sei nun seit mehr als sechs Jahren nicht mehr arbeitstätig. Zudem sei er 55 Jahre alt und nur schon aufgrund seines Alters nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt gefragt. Bei Männern sei bei



St.Galler Gerichte

Teilzeitarbeit von einem tieferen Lohn auszugehen. Sein Zumutbarkeitsprofil sei sehr umfassend und beinhalte sehr viele funktionell bedingte Einschränkungen. Deshalb sei bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades ein Tabellenlohnabzug von 25 % zu berücksichtigen (act. G1). Auf die einzelnen Kritikpunkte des Beschwerdeführers am Gutachten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 9. Oktober 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung bringt sie im Wesentlichen vor, das Pmeda-Gutachten sei beweiskräftig, sodass darauf abgestellt werden könne. Die Kritik des Beschwerdeführers daran sei unbegründet (act. G3).

B.c. Am 31. Oktober 2019 bewilligt die Verfahrensleitung die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung; act. G4).

B.d. Mit Replik vom 29. November 2019 führt der Beschwerdeführer im Wesentlichen seine Argumentation weiter aus, wonach das Pmeda-Gutachten nicht beweiskräftig sei (act. G6).

B.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G8).

Erwägungen

1.

1.1. Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der



Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

1.3. 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).

1.4. Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. 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 (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107).

1.5. Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Auf von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte, den Anforderungen der Rechtsprechung



entsprechende Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist abzustellen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 466 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3).

1.6. 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 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

2.1. Der Beschwerdeführer bestreitet die Verwertbarkeit des Pmeda-Gutachtens und macht geltend, darauf und auf die RAD-Stellungnahmen könne nicht abgestellt werden. Es ist deshalb nachfolgend zu prüfen, ob dem Pmeda-Gutachten Beweiswert zukommt, wobei in erster Linie auf die Kritik des Beschwerdeführers Bezug genommen wird.

2.2. Der Beschwerdeführer macht geltend, Dr. G.____ – der psychiatrische Gutachter – gehe fälschlicherweise davon aus, dass seine Leiden therapierbar seien bzw. nach einer stationären Behandlung so weit zurückgehen würden, dass er 100 % arbeiten könne. Dabei berücksichtige Dr. G.____ die Anamnese nicht, nämlich, dass er bereits mehrmals stationär behandelt worden sei (act. G1, S. 6).

2.3. Die Annahme Dr. G.____s, wonach bei Ausschöpfung der Behandlungsoptionen weitere Heilungschancen bestünden (IV-act. 161-126 und 161-131) erscheint mit Blick auf die Vorakten nachvollziehbar. Die Behandler gingen in der Vergangenheit ebenfalls davon aus, durch eine (Weiter-)Behandlung könne die Situation des Beschwerdeführers verbessert werden (vgl. beispielhaft IV-act. 35-3, 79-4 und 87-3). Im Gegenzug sahen sie mit der Beendigung einer Therapie, etwa mit dem Austritt aus der Tagesklinik, jeweils die Gefahr eines Rückfalls in alte Verhaltensmuster und Isolation verbunden (vgl. IV-act. 79-3 f., IV-act. 132-4 ff.). Es leuchtet deshalb ein, dass durch die Ausschöpfung der Behandlungsoptionen eine Besserung beim Beschwerdeführer eintreten könnte, welche indes durch das Risiko eines Rückfalls ständig wieder gefährdet wäre. Folgerichtig hat RAD-Arzt Dr. C.____ in seinen Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass zwar trotz mehrfachen stationären Behandlungen bisher keine dauerhafte Stabilität habe erreicht werden können und der Gesundheitszustand versicherungsmedizinisch im Längsschnitt über die letzten Jahre und prognostisch auf die nächsten ein bis zwei Jahre hin gesehen als stabil anzusehen sei (IV-act. 169-2 f.), die gutachterliche Annahme weiterer Behandlungsoptionen vom



Ansatz her aber nicht grundsätzlich falsch sei, auch wenn eine etwas differenziertere Erörterung für künftige Behandlungserwägungen wünschenswert gewesen wäre (IV-act. 186-2).

2.4. Für die Vergangenheit stimmt das Pmeda-Gutachten mit der Einschätzung des RAD-Arztes überein. Dass Dr. C.____ für die absehbare Zukunft eine weniger optimistische Prognose stellt, gereicht dem Beschwerdeführer nicht zum Nachteil und ist nach dem Gesagten überzeugend. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Teilgutachter Dr. G.____ das Einholen regelmässiger Verlaufsberichte und eine Kontrolluntersuchung in ca. drei Monaten empfohlen hatte (IV-act. 161-129), sodass jeweils rechtzeitig zu überprüfen gewesen wäre, ob die gestellte Prognose auch eintrat. Dementsprechend hätte auch eine unzutreffende gutachterliche Einschätzung den erzielten Behandlungserfolgen angepasst werden können. Vom Pmeda-Gutachten kann deshalb hinsichtlich der Prognose zugunsten des Beschwerdeführers abgewichen werden, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert.

2.5. Der Beschwerdeführer macht geltend, Dr. C.____ führe selbst aus, dass eine differenziertere Erörterung für die Behandlungserwägungen im Gutachten wünschenswert gewesen wäre. Damit erkläre der RAD-Arzt selbst, dass es in dieser Hinsicht an der Nachvollziehbarkeit des Gutachtens mangle (act. G1, S. 7). Dem kann nicht gefolgt werden. Wie vorstehend ausgeführt, ist das Gutachten in dieser Hinsicht beweiskräftig. Dass eine ausführlichere Auseinandersetzung mit den Behandlungsoptionen allenfalls wünschenswert gewesen wäre, vermag daran nichts zu ändern.

3.

3.1. Der Beschwerdeführer bemängelt, der orthopädische Gutachter habe nicht berücksichtigt, dass er bei der Selbstversorgung Pausen einlegen könne, wenn die Schmerzen zu stark würden, und nicht länger als 15 Minuten am Stück laufen könne. Auch wenn er sich an die Schmerzen gewöhnt habe, bedeute dies nicht, dass sie ihn nicht einschränken würden. Ausschlaggebend sei der Funktionsausfall des Bewegungsapparates. Bei der Begutachtung seien die erforderlichen Funktionsanalysen nicht durchgeführt worden (act. G1, S. 8 f. und act. G6, S. 4). Der Beschwerdeführer kritisiert weiter, Dr. G.____ habe sich ungenügend mit der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung auseinandergesetzt und sie ohne Begründung verneint, obwohl mehrere Ärzte diese gestellt hätten. Insbesondere habe er die Indikatoren für somatoforme Schmerzstörungen nicht angewandt (act. G1, S. 7 f.).



Nachfolgend werden deshalb die gutachterliche Beurteilung der Schmerzen und die psychiatrische Einschätzung derselben beleuchtet.

3.2. Der Beschwerdeführer beklagte anlässlich der Begutachtung hauptsächlich Schmerzen im linken Sprunggelenk und im linken Handgelenk (vgl. IV-act. 161-86). Der orthopädische Gutachter untersuchte sowohl die Handgelenke wie auch die Sprunggelenke und Füsse. Er leitete eine posttraumatische Arthrose beider Handgelenke mit geringer Funktionsstörung links sowie eine posttraumatische Funktionsstörung des linken OSG/USG aus den klinischen Untersuchungsbefunden und der Bildgebung her. Somit fand entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers durchaus eine Funktionsprüfung statt. Der orthopädische Gutachter hielt weiter fest, damit finde sich für die geklagten Beschwerden ein klinisches und radiologisches Befundkorrelat. Insbesondere hielt er zu den Sprunggelenkbeschwerden fest, diese liessen sich im Kontext der geringen Funktionsstörung bei gleichzeitiger Prä-Adipositas, jedoch ohne wesentliche degenerative Veränderungen erklären. Der orthopädische Gutachter stellte während der Untersuchung weder ein über das Mass der klinischen und radiologischen Befunde hinausgehendes Schmerz- noch ein Schonverhalten fest, sondern gewann vielmehr keinen schmerzgeplagten klinischen Eindruck (vgl. hierzu auch das internistische Gutachten, in welchem ein leichtes Schonhinken, jedoch kein Schonsitz und keine Schonhaltungen beschrieben wurden, IV-act. 161-33). Betreffend Hände und Handgelenke erwähnte er zudem keine Gelenkdeformation und keine muskulären Atrophien, ebenso wenig Druckdolenz. An den unteren Extremitäten bestanden keine muskulären Verschmächtigungen. Der Zehen- und Fersengang waren gut demonstrierbar. Der orthopädische Gutachter wies darauf hin, die ausgeprägte Fusssohlenbeschwiellung ebenso wie die Alltagsbewältigung einschliesslich des Ausführens des (zum Zeitpunkt der Begutachtung offenbar _-jährigen) Schäferhundes sprächen gegen eine namhafte Behinderung. Die Schmerzbewertung des Beschwerdeführers, wonach er sich an die Schmerzen im Handgelenk gewöhnt habe, sowie die Selbständigkeit, Selbstversorgung und Aktivität im Alltag würden die Annahme stützen, dass eine schwerwiegende Beeinträchtigung nicht vorliege. Der Beschwerdeführer gab gegenüber dem Gutachter auch an, keine Schmerzmedikamente einzunehmen und seit ca. vier Jahren nicht mehr in orthopädischer Behandlung gewesen zu sein (vgl. insbesondere IV-act. 161-89, 161-91, 161-93 ff.).

3.3. Somit wurden die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen in Hand- und Fussgelenken in somatischer Hinsicht klinisch und bildgebend erklärt, wobei auch der Tatsache Rechnung getragen wurde, dass der Beschwerdeführer nicht schmerzgeplagt



und in der Alltagsbewältigung nicht wesentlich beeinträchtigt wirkte. Der Beschwerdeführer gab an, seinen Haushalt ohne Dritthilfe zu führen. Unter anderem erledige er auch die Einkäufe selbständig, wobei er dafür mit Bus und Bahn ins nächste Dorf fahren müsse (vgl. IV-act. 161-32 f., 161-39, 161-88 und 161-120). Er erschien in gutem Allgemeinzustand und gepflegtem Erscheinungsbild zur Begutachtung (vgl. IV-act. 161-34). Dass der Beschwerdeführer weder orthopädische Behandlung noch Schmerzmittel in Anspruch nimmt, stützt die Annahme, es lägen keine invalidisierenden Schmerzen vor. Der orthopädische Gutachter berücksichtigte die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers, indem er eine entsprechend adaptierte Tätigkeit empfahl (keine häufige schwere körperliche Belastung, überwiegend stehende und laufende Gehbelastung oder Arbeiten, welche eine uneingeschränkte Funktion der Feinmotorik verlangen, IV-act. 161-97). Dem steht die Aussage des Beschwerdeführers, er könne nur ca. 15 Minuten schmerzfrei gehen (IV-act. 161-86), nicht entgegen.

3.4. Der Beschwerdeführer macht geltend, er leide unter Kopfschmerzen, Migräne und Magenschmerzen. Die Pmeda-Gutachter stellten denn auch die Diagnose von Cephalgien im Rahmen von Spannungskopfschmerzen und Migräne, massen dieser Diagnose jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (IV-act. 161-9). Dies ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer schilderte zwar, alle zwei Tage an Kopfschmerzen zu leiden, eine wesentliche Einschränkung in seinen Alltagsaktivitäten wird daraus aber nicht ersichtlich. Die Migräne tritt gemäss den Angaben des Beschwerdeführers ein- bis zweimal monatlich auf, anhaltend für ein bis zwei Tage. Dementsprechend kann sie die Arbeitsfähigkeit auch höchstens in diesem Umfang beeinträchtigen, bzw. höchstens vereinzelt tageweise eine Arbeitsunfähigkeit bewirken. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer lediglich Zomig (bei Migräne) einnimmt. Weitere Schmerzmittel nehme er aufgrund von Magenproblemen nicht ein (vgl. IV-act. 161-31).

3.5. Die Magenbeschwerden könnten mit einem Protonenpumpenhemmer gelindert werden, der Beschwerdeführer gab jedoch an, möglichst wenig Tabletten einnehmen zu wollen (vgl. IV-act. 161-31). Dem ist entgegenzuhalten, dass die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Mai 2019, 8C_741/2018, E. 4 mit Hinweisen).

3.6. Der Beschwerdeführer leidet teilweise auch unter Schmerzen im Zusammenhang mit seiner Akne inversa. Die Erkrankung führt, wie der dermatologische Gutachter



darlegt, bei akuten Entzündungen und Abszessen an den betroffenen Körperstellen vor allem bei mechanischer Belastung zu Schmerzen, wobei auch die resultierenden Vernarbungen in der Regel schmerzhaft sind (vgl. IV-act. 161-60 und 161-63). Auch der dermatologische Gutachter hat für sein Fachgebiet kein über die somatisch nachvollziehbaren Einschränkungen hinausgehendes Schmerzverhalten beim Beschwerdeführer festgestellt. Nach seiner Einschätzung bestehen je nach wechselhafter Ausprägung der Erkrankung Einschränkungen des Aktivitätsniveaus. Die geklagten Symptome und Funktionseinbussen seien konsistent, plausibel und unter Würdigung der Untersuchungsergebnisse valide und nachvollziehbar. Der aktuelle Hautbefund führe jedoch zu keiner gegenwärtigen Funktions- oder Fähigkeitsstörung. Entzündliche Veränderungen, insbesondere Abszesse, bestanden zum Untersuchungszeitpunkt nicht (wohl aber diverse offene Komedonen und eine 2 mm grosse Hautpore im Sinne eines Pilonidalsinus), die vorhandenen Narben waren funktionell nicht relevant (vgl. IV-act. 161-62 und 161-65 f.). Prognostisch hielt der dermatologische Gutachter fest, auch künftig sei mit der Ausbildung von Abszessen zu rechnen, welche zu vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten führen könnten. Rückblickend könnten im Rahmen akuter Exazerbationen auch passagere Arbeitsunfähigkeiten bestanden haben. Aufgrund der Provozierbarkeit der Abszesse durch mechanische Faktoren wie Druck, Reibung oder Schwitzen sollten körperlich schwere Tätigkeiten vermieden werden (IV-act. 161-67). Somit sind auch die Schmerzen im Zusammenhang mit der Akne inversa somatisch nachvollziehbar und die dadurch verursachte lediglich passagere Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sowie die Empfehlung, körperlich schwere Tätigkeiten zu vermeiden, einleuchtend begründet. Bloss vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten wegen akuter Abszesse sind für die Invalidenversicherung grundsätzlich unbeachtlich; bei langandauernder Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgrund der Akne inversa wäre eine entsprechende Meldung an die IV-Stelle zu tätigen. Es ist darauf hinzuweisen, dass durch eine konsequente Behandlung die negativen Auswirkungen dieser Erkrankung eingegrenzt werden können (vgl. IV-act. 161-60).

3.7. Die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung wurde in den Vorakten nur vereinzelt erwähnt und jeweils nicht nachvollziehbar medizinisch hergeleitet. Der Beschwerdeführer weist darauf hin, Dr. med. H.____ habe schon im Jahr 2009 die Vermutung angestellt, es könnte sich um ein chronifiziertes Schmerzsyndrom handeln (act. G1, S. 7). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass Dr. H.____ leitender Arzt des I.____ am Kantonsspital Aarau ist und kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er hat denn auch keine entsprechende Diagnose gestellt, sondern lediglich erwogen, möglicherweise hätten die Schmerzen nichts zu tun mit einer Pathomechanik im



Sprunggelenk, sondern es könnte sich dabei auch um ein chronifiziertes Schmerzsyndrom handeln (act. G3.2/1-42). Fachärztliche Abklärungen in dieser Hinsicht wurden jedoch in der Folge nicht durchgeführt. Zwar stellten Dr. med. J.____, Oberärztin / Leiterin Tagesklinik, und med. pract. K.____, Oberassistentarzt, Tagesklinik L.____, in ihren Berichten vom 27. Juni 2016 und 6. März 2017 die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Inhaltlich standen im Bericht dann jedoch die depressive Störung und die Schlafstörung (welche für eine depressive Erkrankung typisch ist, vgl. diesbezügliche Bemerkung Dr. C.____s, IV-act. 186-3 sowie Definition gemäss ICD-10: F32) im Vordergrund. Unter den ärztlichen Befunden wurden lediglich am Rande Ausführungen zum Schmerzerleben des Beschwerdeführers gemacht und es wurde auch keine Schmerzmedikation verschrieben. Die Schmerzen wurden zudem als "körperliche Beschwerden" bezeichnet und vermerkt, diesbezüglich möge man sich an die entsprechenden Behandler wenden. Während der Umgang mit negativen Gedanken und familiären Belastungssituationen therapiert wurde, war der Umgang mit Schmerzen offenbar nicht Thema der Behandlung (vgl. IV-act. 79-2 ff., 132-4 f. und 135-8). Die Hausärztin des Beschwerdeführers, M.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, übernahm zwar die Diagnose eines Schmerzsyndroms bzw. einer chronischen somatoformen Schmerzstörung, leitete diese jedoch nicht her und veranlasste auch keine entsprechende Behandlung (vgl. beispielhaft IV-act. 13-3 und 184). Der Beschwerdeführer hat sodann, soweit aus den Akten ersichtlich, noch keine Schmerzdokumentation erstellt (vgl. IV-act. 161-86). Auch im Schlussbericht von der B.____ AG wird die Schmerzthematik des Beschwerdeführers nur nebenbei erwähnt. Der Erschöpfbarkeit und eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit wird hiergegen ein grösserer Stellenwert eingeräumt (vgl. IV-act. 129).

3.8. Der psychiatrische Gutachter hat das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung geprüft und ist zum Ergebnis gelangt, eine solche liege nicht vor. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers äusserte er also nicht, die Störung liege nicht mehr vor. Er begründete dies damit, eine ICD-10-konforme Diagnosestellung sei nicht möglich (IV-act. 161-124). Dies ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Insbesondere vermögen die Vorakten wie auch die nach der Begutachtung eingereichten Arztberichte an dieser gutachterlichen Einschätzung keine Zweifel zu wecken. Unter diesen Voraussetzungen ist eine ausführliche explizite Auseinandersetzung mit den vom Bundesgericht aufgestellten Indikatoren, wie der Beschwerdeführer das verlangt (act. G1, S. 8), nicht erforderlich.



4.

4.1. Der Beschwerdeführer macht geltend, sein Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert. Sein Hund, welcher im Gutachten als wichtige Ressource genannt worden sei, habe eingeschlafert werden müssen. Es sei eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen aufgetreten (act. G1, S. 9 f.).

4.2. Der Beschwerdeführer bezieht sich diesbezüglich auf den Austrittsbericht von med. pract. D.____, Oberarzt, und Dr. med. E.____, Assistenzärztin, der Psychiatrie F.____, vom 28. März 2019 (IV-act. 185-5 ff.). Anlass für die Verschlechterung des Gesundheitszustands war der Tod seines Hundes, der eine wichtige "Bezugsperson" in seinem Leben gewesen sei. Die psychotischen Symptome klangen relativ rasch wieder ab und nach einer kurzen schwergradigen depressiven Episode wurde wieder eine mittelgradige depressive Störung diagnostiziert, sodass der Beschwerdeführer am 1. April 2019 aus der stationären Behandlung austreten konnte. Er nahm auch wieder einen Welpen bei sich auf (vgl. IV-act. 185-5 und 201). Zwar gab der Beschwerdeführer an, der Welpen überfordere ihn teilweise aufgrund seiner Lebhaftigkeit (IV-act. 201-2). Dennoch zeigte sich, dass der Beschwerdeführer wieder einen Hund halten möchte, was auch weiterhin als Ressource gewertet werden kann.

5.

5.1. Der Beschwerdeführer bringt vor, bis anhin habe keiner der stationären Aufenthalte eine anhaltende Besserung schaffen können. Zu Hause verfüge er über keinerlei Ressourcen (act. G1, S. 9 f.). Dr. C.____ trug dem indes bereits Rechnung, indem er in seiner Stellungnahme vom 11. Oktober 2018 festhielt, in der Vergangenheit hätten stationäre Behandlungen keine dauerhafte Stabilität bewirkt, weshalb der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers versicherungsmedizinisch (bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %) als stabil anzusehen sei (vgl. IV-act. 169).

5.2. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass eine Arbeitsaufnahme auch therapeutisch sinnvoll wäre, da damit gemäss der Einschätzung von Dr. G.____ eine Stabilisierung des Selbstwerts, soziale Teilhabe und Tagesstruktur, eine Verhütung von Vermeidungsverhalten und eine Überwindung dysfunktionaler Denkmuster ermöglicht würde (IV-act. 161-129), sodass die Ressourcen des Beschwerdeführers dadurch verbessert würden. Die Ausschöpfung der Therapieoptionen und der verbliebenen Erwerbsfähigkeit liegt damit auch im Interesse des Beschwerdeführers.



6.

6.1. Der Beschwerdeführer kritisiert, dadurch, dass Dr. C.____ mit med. pract. D.____ telefoniert habe, habe er gegen die Leitlinien der SGVP (Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, vom 16. Juni 2016) verstossen, welche eine Reflexion des eigenen Handelns verlangten (act. G1, S. 10).

6.2. Dr. C.____ gab als RAD-Arzt lediglich eine Stellungnahme ab und erstellte kein psychiatrisches Gutachten, wobei das Telefonat mit med. pract. D.____ zum Ausschluss des Vorliegens einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers diene (vgl. IV-act. 186-4). Die vom Beschwerdeführer angeführte Vorgabe in den Leitlinien verlangt zudem eine Reflexion des eigenen Handelns unter Berücksichtigung der emotionalen Wechselwirkung zwischen Explorand und Gutachter (S. 4 der Qualitätsleitlinien), kommt also auf die Stellungnahme Dr. C.____s nicht zur Anwendung.

7.

7.1. Der Beschwerdeführer betont, bei ihm liege ein Dermoid, intraossäres Lipom, und somit ein Hirntumor vor (act. G1 S. 11).

7.2. Dr. med. N.____, Oberarzt, Klinik O.____, Kantonsspital St. Gallen, hielt mit Sprechstundenbericht vom 12. November 2018 fest, der Befund sei gut vereinbar mit einem Dermoid im rechten Keilbeinflügel. Eine Infiltration in die Orbita oder das Neurocranium liege nicht vor. Eine Assoziation mit den beklagten Cephalgien sei unwahrscheinlich. Zum Ausschluss einer Progredienz sei eine Verlaufskontrolle mit vorgängigem MRI in einem Jahr geplant (IV-act. 184-6). Die Hausärztin des Beschwerdeführers teilte der Beschwerdegegnerin mit Bericht vom 21. Februar 2019 mit, eine weitere Diagnostik habe nicht stattgefunden (IV-act. 184-3). Unabhängig von der verwendeten Terminologie (die Fachärzte sprechen von einem Dermoid) hat dieser Befund somit keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Eine weitere Behandlung war nicht erforderlich, es war lediglich eine Kontrolle vorgesehen.

8.

8.1. Der Beschwerdeführer macht geltend, die Arbeitsfähigkeit werde im Gutachten nicht, wie in der Fragestellung gefordert, unter besonderer Berücksichtigung der gescheiterten Eingliederungsbemühungen beurteilt (act. G1, S. 11 f.). Wie er selbst indes korrekt festhält, wurde der Schlussbericht der B.____ AG im Gutachten zitiert und



vermerkt, diesem Bericht mangle es an einer plausiblen medizinischen Begründung. Insbesondere beschreibe der psychiatrische Folgebericht keine objektive gravierende Auffälligkeit, sodass die Konklusion einer nicht gegebenen Arbeitsfähigkeit schwer nachvollziehbar anmute (IV-act. 161-6 f.).

8.2. Der Beschwerdeführer moniert, der Bericht der B.____ AG sei nicht von einem Arzt erstellt worden und dürfe somit keine medizinische Begründung enthalten, sodass die Aussage im Gutachten, wonach es dem Bericht an einer plausiblen medizinischen Begründung fehle, unangebracht sei (act. G1, S. 11). Richtig ist, dass der Bericht der B.____ AG nicht von einem Arzt verfasst wurde und demnach keine fachmedizinischen Ausführungen enthalten kann. Zwar wäre eine ausführlichere Auseinandersetzung mit den Gründen für das Scheitern des Arbeitsversuches im Gutachten mit Blick auf die Fragestellung wünschenswert gewesen. Indes brachten die Pmeda-Gutachter zum Ausdruck, dass aus dem Schlussbericht der B.____ AG keine Tatsachen hervorgehen, die an ihrer medizinisch-theoretischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Zweifel wecken würden bzw. eine andere medizinische Betrachtungsweise nahelegen würden. Damit haben sie sich genügend mit diesen Vorakten auseinandergesetzt.

9.

9.1. Der Beschwerdeführer bringt vor, Dr. G.____ äussere sich bezüglich Prognose widersprüchlich, indem er eine gute Prognose stelle, dann aber festhalte, die narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung trage massgeblich zur Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik bei. Die zahlreichen stationären Aufenthalte würden zeigen, dass keine dauerhafte Besserung erzielt werden könne. Dr. C.____ habe auch selbst das Gutachten kritisiert, indem er geäussert habe, dass die stationären Aufenthalte nicht zum Erfolg geführt hätten, die Wirksamkeit der vom psychiatrischen Teilgutachter angeführten Medikamente nicht wissenschaftlich erwiesen sei und eine erneute Fokussierung auf die – medikamentös nicht behandelbaren – narzisstischen Persönlichkeitsanteile mit Blick auf die umfangreichen Vorbehandlungen nur akademisch erscheine. Auch dies belege die Fehlerhaftigkeit des psychiatrischen Teils des Gutachtens (act. G1, S. 12 f.).

9.2. Dr. G.____ hielt auf die Frage nach den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen des Beschwerdeführers fest, die narzisstischen Persönlichkeitszüge könnten bei Vorliegen ungünstiger psychosozialer Voraussetzungen Beeinträchtigungen der persönlichen Ressourcen hervorrufen und auch massgeblich zur Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik beitragen (IV-act. 161-127). Er erachtete diese Persönlichkeitsanteile mithin als potentielle Belastung. Er berücksichtigte dies, indem



er eine intensiviertere Psychotherapie empfahl, in deren Rahmen auch die narzisstischen Persönlichkeitsanteile bearbeitet werden sollten. Zudem ging er unter anderem wegen der narzisstischen Persönlichkeitsanteile von einem protrahierten Genesungsverlauf aus (IV-act. 161-130 f.). Seine Prognose ist somit nicht widersprüchlich. Dass von der gutachterlichen Prognose zugunsten des Beschwerdeführers abgewichen werden kann, ohne dass das Gutachten an Beweiswert verliert, wurde bereits dargelegt (siehe E. 2.2 ff. vorstehend).

9.3. Seine Ausführungen zu Medikamentenwechseln bzw. anderen Medikamentenkombinationen machte Dr. G.____ im Rahmen der Angaben zu möglichen Therapieoptionen (vgl. IV-act. 161-131). Dr. C.____ schloss nicht aus, dass eine andere medikamentöse Behandlung eine Besserung bewirken könnte. Mit seinem Hinweis zur wissenschaftlichen Evidenz wollte er nach eigenen Angaben keine grundsätzliche Kritik am fachlichen Ansatz des Gutachters üben. Er habe lediglich geprüft, ob aus der im Ganzen durchaus vertretbaren gutachterlichen Haltung formal zwingend Behandlungsaufgaben abzuleiten seien. Ermessensweise sei von versicherungsmedizinischen Behandlungsaufgaben abgesehen worden (vgl. IV-act. 186-2). Demnach könnte durch eine Anpassung der Medikation möglicherweise eine Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht werden, die Beschwerdegegnerin hat die Entscheidung über eine allfällige Änderung aber dem Beschwerdeführer und seinen Behandlern überlassen. Die gutachterliche Einschätzung eines Medikamentenwechsels als Therapieoption ist somit nicht zu beanstanden.

10.

10.1. Der Beschwerdeführer macht eine Alkoholproblematik geltend, welche seine Leistung beeinträchtigt (act. G1, S. 13). Er wurde im Jahr 2012 aufgrund eines manischen Zustandsbildes und mit einer Alkoholintoxikation der psychiatrischen Klinik X.____ für einen stationären Aufenthalt zugewiesen, gab damals aber an, kein Alkoholproblem zu haben, sondern mit einem Kollegen dessen Geburtstag gefeiert zu haben. Er zeigte nur leichte Entzugserscheinungen und trat bereits nach drei Tagen in gebessertem Zustand aus der Klinik aus (IV-act. 89-1 f.). Der Beschwerdeführer selbst gab in der Vergangenheit einen mässigen Alkoholkonsum an (vgl. etwa IV-act. 87 ["er konsumiere zwar nicht täglich aber es gäbe öfters Tage, wo er 2-3 Dosen Bier trinke"; regelmässigen missbräuchlichen Alkoholkonsum verneinte er bis auf das eine Mal, als er wegen starkem Atemalkoholgeruch am Morgen zugab, ein Bier getrunken zu haben], 132-13 [gelegentlich ein Bier], 163-3 [ein Bier pro Tag]). Dementsprechend wurde vor der Begutachtung kein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziert (wohl aber die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol gestellt, ICD-10: F10.1; IV-act. 6 und 87).



10.2. Zwar macht der Beschwerdeführer sinngemäss geltend, auf seine Angaben betreffend Alkoholkonsum könne nicht abgestellt werden, da Suchtkranke oft dazu neigen würden, ihr Suchtverhalten herunterzuspielen (act. G6, S. 5). Ein regelmässiger übermässiger Alkoholkonsum kann jedoch auch nicht aus den Drittangaben, welche in den Vorakten enthalten sind, entnommen werden. Insbesondere wird eine Alkoholproblematik weder im Schlussbericht der B.____ AG noch im Bericht der Tagesklinik L.____ erwähnt, obschon der Beschwerdeführer dort jeweils über einen längeren Zeitraum grundsätzlich fünf Tage pro Woche anwesend war (vgl. IV-act. 129 und 132-4 ff.), sodass ein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Suchtverhalten hätte auffallen müssen.

10.3. Der Laborbefund im Rahmen der Begutachtung zeigte ein CDT im Grenzbereich. Die Gutachter hielten deswegen fest, ein schädlicher Alkoholkonsum könne erwogen werden. Eine aktive Suchterkrankung schlossen sie hingegen aus (IV-act. 161-124; vgl. zur Unterscheidung des schädlichen Gebrauchs vom Abhängigkeitssyndrom ICD-10: F10.1 und F10.2). Ein Abhängigkeitssyndrom ist somit anhand sowohl der Vorakten und Angaben des Beschwerdeführers wie auch der Ergebnisse der Begutachtung nicht mit dem erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

10.4. Daran vermag der Bericht von med. pract. D.____ vom 28. März 2019 nichts zu ändern. Dessen neu gestellte Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms (ICD-10: F10.2) stützt sich nicht auf zusätzliche, den Gutachtern unbekanntes Vorakten und beinhaltet lediglich insofern eine neue Erkenntnis, als der bei Eintritt mit 1.32 Promille alkoholisierte Beschwerdeführer angab, seit ca. eineinhalb Jahren grösstenteils abstinent zu sein, am Tag des Eintritts aber fünf Biere getrunken zu haben (IV-act. 185-5 f.). Dieser Bericht vermag damit keine ernstlichen Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu wecken.

11.

11.1. Der Beschwerdeführer bringt vor, die Gutachter hätten die Diagnose der Akne inversa nicht genügend gewürdigt, namentlich deren Verlauf und die Wechselwirkungen mit den übrigen Beschwerden (act. G1, S. 14). Dem kann nicht gefolgt werden. Der dermatologische Gutachter hat insbesondere den Verlauf der Erkrankung ausführlich gewürdigt und in seine Beurteilung auch die durch die Akne inversa verursachten Schmerzen miteinbezogen (vgl. E. 3.6 f. vorstehend). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter hat der Beschwerdeführer vorrangig eine depressive Stimmungslage, eine Minderung von Freude, Lust und Interesse, Libidominderung,



Schlaf- und Appetitstörungen, vermehrtes Grübeln, vermehrte Reizbarkeit und Frustration, reduzierte Konzentrations- und Behaltensleistungen, ein Vermeidungsverhalten gegenüber Menschen sowie Symmetrie- und Zählzwänge beklagt (IV-act. 161-123 f.). Durch diese Schilderung fanden somit auch allfällige Auswirkungen der Akne inversa auf das Befinden des Beschwerdeführers Eingang in die Begutachtung.

11.2. Soweit der Beschwerdeführer anführt, seine Magen- und Kopfschmerzen sowie Migräne sei nicht ausreichend berücksichtigt worden (act. G1, S. 14), kann auf die voranstehenden Erwägungen verwiesen werden (siehe E. 3.4 vorstehend).

11.3. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Pmeda-Gutachten in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde. Die Gutachter untersuchten den Beschwerdeführer persönlich und berücksichtigten nebst den klinischen, bildgebenden und laborchemischen Befunden die geklagten Beschwerden. Das Gutachten ist umfassend und die medizinische Beurteilung ist einleuchtend. Namentlich die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist nachvollziehbar begründet. Die Vorbringen des Beschwerdeführers und die von ihm eingereichten zusätzlichen Arztberichte vermögen keine ernstlichen Zweifel an den Ergebnissen der Begutachtung zu wecken. Somit ist das Gutachten beweiskräftig, sodass darauf abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer ist folglich in seiner angestammten sowie jeder anderen adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig.

12.

12.1. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird grundsätzlich 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 i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 f. mit Hinweisen).

12.2. 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 verdient hätte. Nicht zu



beachten ist, was sie bestenfalls hätte verdienen können. In der Regel wird am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Berufliche Weiterentwicklungen, die ein Versicherter normalerweise vollzogen hätte, sind bei der Festsetzung des Valideneinkommens zu berücksichtigen, sofern ein hypothetischer beruflicher Aufstieg sehr wahrscheinlich erscheint. Rein theoretische Aufstiegsmöglichkeiten sind unbeachtlich (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 28a N 49 und N 63 f.; BGE 129 V 222 E. 4.3.1 und BGE 131 V 51 E. 5.1.2). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte, insbesondere die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerische Lohnstrukturerhebung (nachfolgend: LSE) beigezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3).

12.3. Vorliegend erzielte der Beschwerdeführer von 2005 bis 2007 steigende Jahreseinkommen, zuletzt 2007 als Y.____ bei der P.____ AG ein solches von Fr. 99'234.-- (siehe Auszug aus dem Individuellen Konto [nachfolgend: IK-Auszug], IV-act. 4-2). Am 24. August 2007 erlitt er einen Unfall, bei dem er ein Sprunggelenk verletzte (vgl. act. G3.2/1-131 und G3.2/1-133). Danach war der Beschwerdeführer zuerst aufgrund der Unfallfolgen arbeitsunfähig. Auch später fühlte er sich zumindest subjektiv immer wieder beeinträchtigt (vgl. beispielhaft act. G3.2/1-8 ff. und IV-act. 35-1), wobei sein Gesundheitszustand in psychischer Hinsicht bereits reduziert war (Beginn der depressiven Symptomatik ab 2008, vgl. IV-act. 161-130). Sein Einkommen brach dementsprechend ein, es folgten eine Phase der Arbeitslosigkeit und der erfolglose Versuch der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit (vgl. IK-Auszug, IV-act. 4-1).

12.4. Zwar war der Beschwerdeführer zuletzt von Oktober 2011 bis August 2012 als X.____ angestellt und erzielte für diesen Zeitraum von elf Monaten einen Lohn von Fr. 47'486.45. Sein Monatslohn nahm dabei jedoch von Fr. 5'734.70 im Oktober 2011 auf Fr. 3'499.25 im August 2012 kontinuierlich ab, da er die geforderten Ziele nicht erreichte (vgl. IV-act. 5-1 ff.). Aufgrund der kurzen Beschäftigungsdauer von unter einem Jahr, der bereits vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der



Tatsache, dass der Beschwerdeführer die Ziele nicht erreichte und demzufolge kontinuierlich Lohnreduktionen hinnehmen musste, ist dieses zuletzt erzielte Einkommen nicht repräsentativ. Es kann nicht, wie die Beschwerdegegnerin dies tut (vgl. IV-act. 170 i.V.m. IV-act. 58), als Valideneinkommen herangezogen werden. Stattdessen ist für das Valideneinkommen auf das letzte repräsentative Einkommen aus dem Jahr 2007 abzustellen (siehe E. 12.3 vorstehend). Hochgerechnet auf das Jahr 2012 beträgt das Valideneinkommen somit Fr. 106'069.-- (Fr. 99'234.-- / 2'047 x 2'188 [Entwicklung der Nominallohne, T39 LSE]).

12.5. Der Beschwerdeführer ist nicht erwerbstätig. Für das Invalideneinkommen kann deshalb nicht auf einen konkreten Wert abgestellt werden. Ihm steht zwar eine Tätigkeit im W. ____, für die er über Berufsbildung verfügt, grundsätzlich in einem Pensum von 50 % offen. Bei der P. __ AG war er jedoch Y. __ und als solcher Vorgesetzter eines Teams mit drei Personen (vgl. G3.2/1-62, 1-90 und 1-133). Jenes Arbeitsverhältnis verlor er aus gesundheitlichen Gründen (act. G3.2/1-103). Dass er trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen, namentlich seiner mittelgradigen Depression, diese oder eine vergleichbare Stelle heute in einem 50%-Pensum ausüben könnte, erscheint ausgeschlossen, zumal das vom psychiatrischen Pmeda-Gutachter formulierte Anforderungsprofil "Vermeidung hoher Anforderungen an Konzentrations- und Reaktionsvermögen sowie an soziale Kompetenz" (IV-act. 161-129) zu einer solchen Stelle nicht passen würde.

12.6. Die Pmeda-Gutachter sind denn auch bezüglich angestammter Tätigkeit von einem "Verkäufer im Aussendienst" ausgegangen (vgl. IV-act. 161-4). Mit ihnen ist deshalb für die Bestimmung des Invalideneinkommens von einer möglichen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Verkäufer im Aussendienst auszugehen. Wird dafür die LSE-Tabelle TA17 des Jahres 2012 verwendet, Berufsgruppe 52 Verkaufskräfte, und das damalige Alter des Beschwerdeführers von __ Jahren berücksichtigt, ergibt dies einen Tabellenlohn von Fr. 6349.-- x 12 / 40 (Stunden) x 41.7 (Stunden) = Fr. 79'426.-- für ein Vollzeitpensum, bzw. Fr. 39'713.-- für ein 50%-Pensum.

12.7. Der Beschwerdeführer fordert einen Tabellenlohnabzug von 25 %. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität,



Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) ab (BGE 126 V 75). Bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, d.h. dass nicht für jedes Merkmal der entsprechende Abzug zu quantifizieren ist und die einzelnen Abzüge zusammenzuzählen sind. Der Abzug ist auf höchstens 25 % begrenzt (Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 2.2; BGE 134 V 327 E. 5.2).

12.8. Vorliegend ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in qualitativer Hinsicht insofern eingeschränkt, als er keine Nachtschichten arbeiten kann und hohe Anforderungen an sein Konzentrations- und Reaktionsvermögen, an sein Umstellungs- und Anpassungsvermögen sowie an soziale Kompetenz wegen der narzisstischen Persönlichkeitsanteile zu vermeiden sind. Zudem sollten Arbeiten mit häufiger schwerer körperlicher Belastung, mit überwiegend stehender und laufender Gehbelastung sowie Arbeiten, welche eine uneingeschränkte Funktion der Feinmotorik beider Hände verlangen, dauerhaft vermieden werden (IV-act. 161-40, 161-67, 161-97 und 161-129). Arbeitnehmende über 50 sehen sich mit zahlreichen lohnwirksamen Nachteilen konfrontiert, etwa hohe Lohnnebenkosten, längere gesundheitliche Absenzen oder schlechtere Anpassungs- und Angewöhnungsfähigkeit. Weil Hilfsarbeiter in leichten Tätigkeiten definitionsgemäss keine Ausbildung benötigen und somit betreffend Erfahrungswissen und Dienstjahren nicht von vornherein wesentlich weniger als ihre jüngeren Kollegen verdienen, ist beim Tabellenlohnabzug indes Zurückhaltung geboten. Der Beschwerdeführer kann seine Restarbeitsfähigkeit sodann nicht nur als Hilfsarbeiter, sondern auch in einer angestammten Tätigkeit als W.____ verwerthen. Dass er nur noch in Teilzeit (50 %) tätig sein kann, rechtfertigt einen Tabellenlohnabzug (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 9C_796/2013, E. 3.4). Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer denn auch bereits einen Tabellenlohnabzug zugebilligt (vgl. IV-act. 170). Der vom Beschwerdeführer geforderte Tabellenlohnabzug von 25 % (act. G1) geht indes zu weit und ist den konkret vorliegenden Einschränkungen nicht angemessen. Insgesamt ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Tabellenlohnabzug von 10 % angemessen.

12.9. Wird dem Valideneinkommen von Fr. 106'069.-- das Invalideneinkommen von Fr. 35'742.-- (Fr. 39'713.-- abzüglich 10 % Tabellenlohnabzug) gegenübergestellt, so resultiert ein Invaliditätsgrad von 66 %, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. Die Beschwerdegegnerin setzte den Rentenbeginn unter



Berücksichtigung des bereits erfüllten Wartejahrs (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) sowie der Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) auf den 1. Dezember 2013 fest. Dies wurde nicht bestritten und ist nicht zu beanstanden.

13.

13.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und dem Beschwerdeführer, beginnend am 1. Dezember 2013, eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.

13.2. 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 vorliegenden Angelegenheit angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. betreffend Überklagung den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2016, IV 2014/126, E. 6.2 mit Hinweis).

13.3. 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 der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer), welche ebenfalls vollumfänglich von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen ist. Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung für die gewährte unentgeltliche Rechtsverteidigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 24. Juni 2019 aufgehoben und dem Beschwerdeführer eine Dreiviertelsrente, beginnend am 1. Dezember 2013, zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistungen wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.



3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.