



**Fall-Nr.:** IV 2011/272  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.08.2019  
**Entscheiddatum:** 18.10.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 18.10.2013**

**Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Oktober 2013, IV 2011/272).**

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,  
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

#### **Entscheid vom 18. Oktober 2013**

in Sachen

**Ejup Selimi-Malici**, Auwiesenstrasse 37, 9030 Abtwil SG,

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, St. Leonhard-Strasse 20,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend

**Rente**

**Sachverhalt:**



A.

A.a A.\_\_\_\_, meldete sich am 4. Februar 2010 mit Hinweis auf ein am 16. Mai 2009 durch einen Autounfall erlittenes Beschleunigungstrauma zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1).

A.b Der Versicherte hatte vom 14. Dezember 2009 bis 13. Januar 2010 eine stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon absolviert. Gemäss dem Austrittsbericht vom 20. Januar 2010 waren als Folge der Heckauffahrkollision vom 16. Mai 2009 die Diagnosen einer HWS-Distorsion QTF II sowie eines myofaszialen-zervikalen Syndroms gestellt worden. Das nach dem Unfall durchgeführte MRT vom 8. Juni 2009 hatte eine geringgradige mediane Protrusion der Bandscheibe C6/7 ohne Hernierungsnachweis ergeben. Abgesehen von initialen spondylarthrotischen Degenerationen im mittleren und unteren HWS-Bereich war das MRT C0 bis Th6 normal gewesen und hatte keine posttraumatischen Läsionen aufgewiesen (IV-act. 55-35). Als weitere Diagnosen hatten die behandelnden Ärzte der Rehaklinik Bellikon ein vorbestehendes chronisches lumbovertebrales Syndrom sowie eine arterielle Hypertonie aufgeführt. Sie hatten festgehalten, dass bezüglich der vom Versicherten angegebenen Beschwerden, namentlich der Kopfschmerzen, der bewegungs- und belastungsabhängigen Nackenbeschwerden mit teils unspezifischen Ausstrahlungen in die Arme und panvertebral, der Schlafstörungen wegen der Nackenbeschwerden sowie des Schwindels, im Rahmen der stationären Rehabilitation keine namhafte Verbesserung habe erzielt werden können. Betreffend die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hatten sie ausgeführt, es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung nicht erklären. Eine psychische Störung, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte, liege nicht vor. In der bisherigen Tätigkeit als Gipser bestehe ab dem Austritt aus der Klinik am 14. Januar 2010 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bei ganztägiger Tätigkeit an dem bereits bestehenden Schonarbeitsplatz. In drei Monaten sei eine volle Arbeitsfähigkeit als Gipser anzustreben, denn das sei medizinisch erreichbar. In anderen Berufen sei eine ganztägige mittelschwere Tätigkeit zumutbar. Prognostisch und unter Einbezug des bisherigen Verlaufs sei ein erfolgreicher beruflicher Wiedereinstieg allerdings fraglich (IV-act. 10).



## St.Galler Gerichte

A.c Am 18. Februar 2010 erstattete die B.\_\_\_\_ einen Arbeitgeberbericht. Gemäss diesem war der Versicherte seit dem 1. Oktober 2004 mit einem vollen Pensum als Gipser tätig gewesen. Er hatte zuletzt einen Verdienst von Fr. 5'921.-- pro Monat erzielt. Nach Eintritt des Gesundheitsschadens war er ab dem 29. Juni 2009 nur noch für leichte Arbeiten einsetzbar gewesen (IV-act. 14).

A.d Gemäss einer Mitteilung vom 15. Juni 2010 nahm die IV-Stelle eine berufsberaterische Abklärung vor (IV-act. 25). Im Schlussbericht vom 13. August 2010 hielt die zuständige Berufsberaterin fest, dass beim Versicherten kaum eine Motivation für einen neuen Beruf bestehe. Der Versicherte gehe davon aus, dass Arbeiten am Computer für ihn körperlich am ehesten zumutbar seien. Für eine Umschulung in eine Tätigkeit im kaufmännischen Bereich seien die Deutschkenntnisse des Versicherten jedoch nicht ausreichend. Auch die aktuelle subjektive Einschätzung seiner gesundheitlichen Situation verhindere ein Einlassen auf die Herausforderungen einer Ausbildung. Andere Tätigkeiten, welche sich der Versicherte vorstellen könne (wie z.B. die Tätigkeit als Kurier) brächten ähnliche Erwerbschancen wie eine Teilarbeitsfähigkeit in der angestammten Gipsertätigkeit, da dort die Nachfrage und damit die Entlöhnung um vieles höher seien. Umschulungsmassnahmen seien daher nicht durchführbar bzw. angezeigt (IV-act. 29).

A.e Am 17. August 2010 stellte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle fest, dass es keine Hinweise auf eine relevante Änderung des Gesundheitszustandes des Versicherten gebe. Es bestehe weiterhin eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gipser. In angepassten Tätigkeiten sei der Versicherte hingegen voll arbeitsfähig (IV-act. 31, 23).

A.f Am 18. Oktober 2010 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, der Versicherte habe die Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber nicht aufnehmen können, da dieser derzeit über keine leichten Arbeiten verfüge. In Absprache mit der SUVA sei vereinbart worden, dass der Versicherte an einer beruflichen Abklärung in der Recyclingabteilung der C.\_\_\_\_ teilnehme. Gestartet werde mit einem Pensum von 50%. Ab dem zweiten Monat werde das Pensum auf 100% gesteigert (IV-act. 35). Laut dem entsprechenden Eingliederungsplan begann der Einsatz des Versicherten in der C.\_\_\_\_ am 2. November 2010 (IV-act. 38).



## St.Galler Gerichte

A.g Gemäss einem Verlaufsprotokoll der Eingliederungsverantwortlichen vom 16. März 2011 hatte der Versicherte anlässlich eines Standortgesprächs vom 12. Dezember 2010 angegeben, dass er mit der Erhöhung seines Pensums auf 100% seit Monatsbeginn wieder vermehrt Schmerzen im Nackenbereich, im Arm, im Rücken und im Bein verspüre. Es sei daher vereinbart worden, dass der Versicherte seinen Einsatz in der C.\_\_\_\_ in einer leichteren Tätigkeit im Kreativatelier weiterführe. Am 27. Januar 2011 fand gemäss dem Verlaufsprotokoll ein letztes Standortgespräch statt. Die Eingliederungsverantwortliche hielt fest, der Versicherte habe mitgeteilt, dass es ihm gesundheitlich immer etwa gleich gehe und er trotz der Therapie bei D.\_\_\_\_ immer noch Schmerzen habe. Der Verantwortliche der C.\_\_\_\_ habe angegeben, dass der Versicherte die körperlich leichten Arbeiten im Atelier sehr gut erledigt habe. Im Januar habe er vier Tage krankheitshalber gefehlt. Der zuständige Sacharbeiter der SUVA habe angegeben, dass mit der Therapie bei D.\_\_\_\_, der Behandlung durch E.\_\_\_\_ sowie der Untersuchung durch F.\_\_\_\_ die therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft seien. Am 28. Februar 2011 habe der Sachbearbeiter telefonisch mitgeteilt, dass die SUVA den Fall schliessen werde. Der Versicherte habe sich beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zur Stellensuche angemeldet (IV-act. 47).

A.h G.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, hatte der SUVA am 18. Februar 2010 berichtet, dass durch seine manuelle und myofasziale Behandlung die palpablen Dysfunktionen der oberen HWS und der Schulter- und Nackenmuskulatur nicht mehr nachweisbar seien. Trotz der objektiven lokalen Verbesserung nehme der Versicherte subjektiv keinerlei Verbesserung wahr, weshalb die Behandlung abgeschlossen werde. Aus diesem Grund könne höchstens eine schmerzdistanzierende psychiatrische Behandlung etwas bringen (Fremdakten der SUVA).

A.i Der Therapeut D.\_\_\_\_ hatte den Versicherten mittels Myofaszial- sowie Frequenztherapie behandelt. Gemäss seinem Bericht vom 14. Juli 2010 hatte sich der Versicherte in den ersten 4-6 Behandlungen trotz objektiven Verbesserungen über keine subjektiv wahrzunehmenden körperlichen Änderungen geäussert. Seit den letzten 3-4 Behandlungen hatte der Versicherte eine leichte Besserung der Schmerzsituation beschrieben (Fremdakten der SUVA).



A.j H.\_\_\_\_, Neurologie FMH, hatte den Versicherten am 21. September 2010 untersucht. Gemäss seinem Bericht hatte er neben einem zervikobrachialen sowie panvertebralen Schmerzsyndrom insbesondere den Verdacht auf ein begleitendes depressives Syndrom mit aktuell somatoformer Schmerzstörung diagnostiziert. Er hatte festgehalten, dass er aufgrund der klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunde sowie der ergänzenden Elektrophysiologie keinerlei Hinweise auf organische Unfallfolgen gefunden habe. Es fänden sich auch keine Hinweise auf strukturelle Läsionen. Anhand der Bildgebung zeige sich beim Versicherten nur eine leichte Bandscheibenprotrusion in der klassischen Höhe C6/7 ohne Hernierung, ohne Myelonkompression und ohne Kompression von neuralen Strukturen. Die Röntgenbilder der HWS seien nahezu regelrecht (IV-act. 55).

A.k Am 1. April 2011 hielt die Eingliederungsverantwortliche als Fazit der beruflichen Eingliederung fest, es sei in einem adaptierten Tätigkeitsbereich von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit des Versicherten auszugehen. In der bisherigen Tätigkeit bestehe ab dem 14. Januar 2010 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit, welche nach 3 Monaten auf eine volle Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne (IV-act. 50). Mit einer Mitteilung vom 3. Mai 2011 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen mit der Begründung, der Versicherte werde durch das RAV unterstützt. Die beruflichen Massnahmen würden deshalb abgeschlossen und der Fall zur Rentenprüfung weitergeleitet (IV-act. 53).

A.l Am 17. Juni 2011 erstattete der Hausarzt des Versicherten, I.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, einen Bericht. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gab er ein zervikospondylogenes Syndrom nach HWS-Distorsion sowie ein chronisches lumbovertebrales Syndrom an. Anamnestisch hielt er fest, dass weder durch die stationäre Rehabilitation in Bellikon noch durch die lang andauernde Physiotherapie eine wesentliche Besserung habe herbeigeführt werden können. Der Versicherte leide an einer Druckdolenz der Fortsätze im Bereich der mittleren HWS sowie an einer diffusen Druckdolenz im Bereich der parazervikalen Muskulatur distal der mittleren HWS und im Bereich der Trapeziusmuskulatur. Zudem leide er an Rotationsschmerzen der HWS distal links mehr als rechts. Eine wesentliche Abnahme der Beschwerden könne aufgrund des chronifizierten Verlaufs kaum mehr erwartet werden. Die bisherige Tätigkeit als Gipser sei dem Versicherten vor allem aufgrund der belastungsabhängigen



Nacken- und Schulterschmerzen insbesondere bei Überkopfarbeiten bleibend nicht mehr zumutbar. In einer leidensangepassten körperlich leichten Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten sei ab dem 29. Juni 2009 von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Gegebenenfalls müsse die Arbeitsfähigkeit jedoch nochmals umfassend medizinisch beurteilt werden (IV-act. 55).

A.m In einem internen Feststellungsblatt der IV-Stelle vom 22. Juni 2011 wurde ausgeführt, dass die vom I.\_\_\_\_ attestierte 50%-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit anhand der Aktenlage nicht nachvollziehbar sei. Unfallfremde Gesundheitsschäden seien nicht aktenkundig. Die Rehaklinik Bellikon habe am 20. Januar 2010 bestätigt, dass eine psychische Erkrankung ausgeschlossen sei. Deshalb sei die vom RAD attestierte volle Arbeitsfähigkeit weiterhin zu übernehmen (IV-act. 57). Ausgehend von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nahm die IV-Stelle einen Einkommensvergleich vor, woraus ein Invaliditätsgrad von rund 18% resultierte (IV-act. 56).

A.n Mit einem Vorbescheid vom 29. Juni 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führte sie an, der Versicherte sei in der bisherigen Tätigkeit als Gipser zu rund 50% arbeitsunfähig. Aufgrund der medizinischen Gesamtbeurteilung bestehe in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit jedoch weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 59). Dagegen wendete der Rechtsvertreter des Versicherten am 6. Juli 2011 ein, der Einkommensvergleich sei nicht korrekt vorgenommen worden. Die IV-Stelle sei von einem zu tiefen Valideneinkommen ausgegangen. Im Weiteren sei vom Invalideneinkommen ein Leidensabzug in Höhe von 25% vorzunehmen. Dies rechtfertige sich u.a. wegen der zu erwartenden Lohneinbussen aufgrund der ständig bestehenden Beschwerden und der Funktionseinschränkungen des Versicherten sowie aufgrund des Migrationshintergrunds (IV-act. 60).

A.o Mit einer Verfügung vom 26. Juli 2011 wies die IV-Stelle das Rentengesuch ab. Entsprechend dem Einwand des Rechtsvertreters des Versicherten erhöhte sie zwar das Valideneinkommen von jährlich Fr. 73'092.-- auf Fr. 76'973.--, womit sich aus dem Einkommensvergleich neu ein Invaliditätsgrad von 22% ergab. Ein Tabellenlohnabzug vom Invalideneinkommen unterblieb hingegen. Die IV-Stelle begründete dies damit,



dass dem Versicherten gemäss der fachmedizinischen Gesamtbeurteilung einzig körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar seien. In leichten bis mittelschweren Tätigkeiten bestehe nach wie vor eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Bis auf Überkopfarbeiten bestünden auch keine sonstigen körperlichen Limitierungen. Im Weiteren könne aufgrund der Unterlagen eine psychische Erkrankung ausgeschlossen werden. Für invaliditätsfremde Beeinträchtigungen wie mangelnde Schul- oder Berufsbildung und schlechte Sprachkenntnisse werde kein Tabellenlohnabzug gewährt. Auch ein Migrationshintergrund stelle keinen Grund für einen solchen Abzug dar (IV-act. 61).

B.

B.a Gegen diese Verfügung vom 26. Juli 2011 liess der Versicherte am 8. September 2011 Beschwerde erheben. Sein Rechtsvertreter beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm mindestens eine halbe Rente auszurichten (unter Kosten- und Entschädigungsfolge). Zur Begründung führte der Rechtsvertreter im Wesentlichen an, die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit lasse sich anhand der Akten nicht nachvollziehen. Der Hausarzt gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer zu 50% arbeitsunfähig sei. Diese Einschätzung sei auch von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon getroffen worden. Im bisherigen Verlauf habe sich daran nichts geändert, da Diagnosen, Beschwerden und Befunde unverändert seien. Dazu habe wohl auch beigetragen, dass diverse von den behandelnden und untersuchenden Ärzten empfohlene medizinische Massnahmen nicht durchgeführt worden seien. Im Rahmen des Arbeitstrainings bei der C.\_\_\_\_ habe sich gezeigt, dass der Beschwerdeführer trotz Motivation selbst bei leichten Tätigkeiten erheblich eingeschränkt sei. Aus dem von ihm nachträglich angeforderten Bericht der C.\_\_\_\_ gehe hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund des verlangsamten Arbeitstempos, der verminderten Leistungsfähigkeit sowie des erhöhten Pausenbedarfs keinen Leistungsgrad von 50% erreicht habe. Ausgehend von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit sowie einem vorzunehmenden Tabellenlohnabzug aufgrund der Teilzeitbeschäftigung, der verlangsamten Arbeitsweise, dem erhöhten Pausenbedarf sowie der Sprachprobleme habe der Beschwerdeführer mindestens Anspruch auf eine halbe Rente. Eventualiter sei die Sache mit der Auflage, eine



medizinische Begutachtung durchzuführen, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (act. G 1).

B.b Am 17. Oktober 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellte sich auf den Standpunkt, es seien dem Beschwerdeführer gemäss dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon mittelschwere Arbeiten ganztags zumutbar. Beim Beschwerdeführer seien keine unfallfremden invalidisierende Faktoren vorhanden, wodurch die im Bereich der Unfallversicherung im rechtskräftigen Einspracheentscheid der SUVA getroffenen Feststellungen auch für die Belange der Invalidenversicherung massgebend seien. Gemäss diesen Feststellungen seien die vom Beschwerdeführer geklagten HWS-Beschwerden nicht durch ein objektivierbares organisches Substrat erklärbar. Es handle sich somit um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild, dessen Überwindbarkeit sich anhand derselben Kriterien beurteile wie die willentliche Schmerzüberwindung bei einer somatoformen Schmerzstörung. Den medizinischen Unterlagen sei keinerlei Hinweis darauf zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nebst den HWS-Beschwerden an einer psychischen Erkrankung bzw. Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer leide. Im Weiteren gebe es auch keine Anhaltspunkte auf das Vorliegen der übrigen rechtssprechungsgemäss relevanten Kriterien. Dem Leiden des Beschwerdeführers komme also keine invalidisierende Wirkung zu und es sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszugehen. Im Ergebnis sei die angefochtene Verfügung somit nicht zu beanstanden (act. G 4).

B.c Mit einer Replik vom 17. November 2011 hielt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren gemäss der Beschwerde fest. Der Rechtsvertreter machte geltend, der medizinische Sachverhalt sei nicht genügend abgeklärt worden. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer leistungsabweisenden Verfügung ausschliesslich auf den RAD, welcher von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei. Der RAD weiche jedoch ohne Begründung von der Einschätzung des behandelnden Hausarztes, welcher in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit ausgehe, ab. Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon hätten zum Austrittszeitpunkt selbst am damaligen Schonarbeitsplatz eine hälftige Leistungseinschränkung attestiert. Deren Aussage, wonach nach drei Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen solle, sei nur eine hoffnungsvolle Prognose gewesen.



## St.Galler Gerichte

Die Beschwerdegegnerin könne diesbezüglich aus den Feststellungen der SUVA nichts zu ihren Gunsten ableiten, da diese rein unfallspezifisch seien. Zwar habe der Neurologe F.\_\_\_\_ mit seinen beschränkten Untersuchungsmethoden kein objektivierbares organisches Substrat nachweisen können. Dies heisse jedoch nicht, dass ein solches auch heute nicht bestehe. Die von der Beschwerdegegnerin vorgebrachte Schmerzrechtsprechung könne vorliegend nicht angewendet werden. Diese Rechtsprechung sowie deren Ausweitung auf HWS-Beschwerdebilder seien grundsätzlich nicht nachvollziehbar und daher abzulehnen. Bei einer Anwendung der Schmerzrechtsprechung sei jedenfalls eine psychiatrische Begutachtung zur Klärung der Frage der Überwindbarkeit der Beschwerden unumgänglich (act. G 6).

B.d Mit einem Schreiben vom 22. November 2011 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik und hielt an den Ausführungen in der Beschwerdeantwort und ihrem Antrag fest (act. G 8).

B.e Am 14. Februar 2012 reichte der Rechtsvertreter einen Verlaufsbericht des Hausarztes I.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2012 ein. In diesem Bericht hatte der Hausarzt angegeben, er habe die Dosierung des schlafanstossenden Antidepressivums erhöht, womit sich der Schlaf des Beschwerdeführers verbessert habe. Auf seine Stimmungslage angesprochen habe der Beschwerdeführer geschildert, er sei bedrückt, jedoch vorwiegend aufgrund seiner allgemeinen finanziellen Situation. In der Rehaklinik Bellikon hätten sich keine Hinweise auf eine psychische Störung ergeben. Obwohl sich nach seiner Erfahrung die depressiven Symptome bei einer somatoformen Schmerzstörung unter einer Psychotherapie kaum wesentlich besserten, werde sich der Beschwerdeführer nun doch einen Psychotherapeuten suchen, um die Schmerzverarbeitung möglicherweise zu verbessern (act. G 10.1). Der Rechtsvertreter schloss aus den Angaben des Hausarztes sowie aus dem Umstand, dass in den letzten zweieinhalb Jahren nie eine psychiatrische Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers stattgefunden habe, dass eine polidisziplinäre Begutachtung unter Beizug eines psychiatrischen Sachverständigen unabdingbar sei (act. G 10).

### **Erwägungen:**

1.



1.1 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der 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% auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.3 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Erhebung des massgebenden Sachverhalts bildet. Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.



2.1 Vorab zu klären ist die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Umstritten ist vorliegend insbesondere die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit.

2.2 Die Beschwerdegegnerin hat sich auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD abgestützt. Der RAD hat seinerseits die Einschätzung der Rehaklinik Bellikon übernommen und ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen (vgl. IV-act. 23). Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, seitens der Rehaklinik Bellikon sei lediglich eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert worden. Dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 20. Januar 2010 kann entnommen werden, dass sich eine weitgehende Einschränkung der Belastbarkeit des Beschwerdeführers medizinisch-theoretisch nicht begründen lasse. Bei ihrer Beurteilung haben die behandelnden Ärzte zwischen der Zumutbarkeit für berufliche Tätigkeiten als Gipser und der Zumutbarkeit für andere Berufe unterschieden. In der Tätigkeit als Gipser haben sie bei ganztägiger Tätigkeit eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit ab dem Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik am 14. Januar 2010 attestiert. Die Ärzte haben eine sukzessive Wiedereingliederung über eine anfänglich erhöhte Arbeitsfähigkeit am bereits bestehenden Schonarbeitsplatz empfohlen und sind davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer innert 3 Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gipser erreichen werde. Zur Arbeitsfähigkeit in anderen beruflichen Tätigkeiten haben sie festgehalten, dass dem Beschwerdeführer aktuell eine mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar sei (vgl. IV-act. 10-2). Der bestehende Schonarbeitsplatz ist somit von einer leidensangepassten mittelschweren Tätigkeit zu unterscheiden. In einer solchen ist dem Beschwerdeführer von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden.

2.3 Nach dem Austritt aus der Rehaklinik Bellikon ist der Gesundheitszustand des Versicherten im Wesentlichen stationär geblieben. Die physiotherapeutischen Behandlungen haben subjektiv zu keiner Verbesserung geführt. Die von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon im Austrittsbericht gestellte Prognose, wonach der Beschwerdeführer innert drei Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit als Gipser erreichen solle, hat sich somit nicht erfüllt. Aus diesem Grund ist der RAD am



## St.Galler Gerichte

17. August 2010 weiterhin von einer 50%-igen Arbeitsunfähigkeit als Gipser ausgegangen. Da sich der Gesundheitszustand seit dem Austritt aber auch nicht verschlechtert hat, hat der RAD in einer angepassten Tätigkeit weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit angenommen (vgl. IV-act. 31).

2.4 Am 17. Juni 2011 hat der Hausarzt des Beschwerdeführers eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gipser attestiert. Betreffend eine leidensangepasste Tätigkeit hat er angegeben, der Beschwerdeführer sei in einer körperlich leichten Tätigkeit aktuell nur zu 50% arbeitsfähig (vgl. IV-act. 55-11 f.). Der Hausarzt hat die Arbeitsfähigkeit somit wesentlich tiefer geschätzt als die Ärzte der Rehaklinik Bellikon. Eine Begründung für seine abweichende Einschätzung hat er nicht angegeben. Er hat die gleichen Diagnosen genannt wie die Ärzte der Rehaklinik Bellikon, namentlich ein zervikospondylogenes Syndrom nach einer HWS-Distorsion sowie ein chronisches lumbovertebrales Syndrom. Eine weitere Diagnose, durch welche sich die Annahme einer höheren Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen liesse, hat er nicht gestellt. Er hat auch insgesamt keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht. Bei seiner Einschätzung handelt es sich daher um eine andere Beurteilung der gleichen medizinischen Situation, wie sie bereits beim Austritt aus der Rehaklinik Bellikon vorgelegen hat. Es ist anzunehmen, dass der behandelnde Hausarzt die beklagten – jedoch objektiv nicht nachweisbaren – Leiden des Beschwerdeführers zu sehr in seine Beurteilung miteinbezogen hat und damit im Ergebnis zu einer höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Bei objektiver Betrachtung erscheint jedoch die auf ausführlichen Abklärungen basierende Einschätzung der Rehaklinik Bellikon als überzeugend und nachvollziehbar, weshalb daran festzuhalten ist.

2.5 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat vorgebracht, es sei eine polidisciplinäre bzw. eine psychiatrische Begutachtung notwendig, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Dazu ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in der Rehaklinik Bellikon psychosomatisch untersucht worden ist. Die behandelnde Ärztin hat keine Hinweise für eine psychische Störung mit Krankheitswert und damit eine arbeitsrelevante Leistungsminderung feststellen können (vgl. IV-act. 10-3). Auch der Hausarzt hat gemäss seinem Bericht vom 17. Juni 2011 keine psychischen Beeinträchtigungen gesehen (vgl. IV-act. 55-4). Einzig



F.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer neurologisch untersuchte, hat gemäss seinem Bericht vom 28. September 2010 als Diagnose den Verdacht auf ein depressives Syndrom mit somatoformer Störung aufgeführt (vgl. 55-15). Da jedoch keiner der anderen behandelnden und untersuchenden Ärzte Hinweise auf eine psychische Störung gefunden hat, welche diese Verdachtsdiagnose stützen würden, ist überwiegend wahrscheinlich nicht von einer psychischen Beeinträchtigung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine allfällige depressive Verstimmung hätte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine invalidisierende Wirkung, denn einerseits kommt einer depressiven Verstimmung grundsätzlich nicht der Charakter einer psychischen Störung mit Krankheitswert zu (vgl. Urteil des EVG vom 24. Oktober 1997 i/S V.F.) und andererseits haben F.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ festgestellt, dass der Beschwerdeführer durch psychosoziale Faktoren belastet sei. Gemäss dem Hausarzt ist insbesondere die angespannte finanzielle Situation der Grund für die depressive Symptomatik des Beschwerdeführers (vgl. act. G 10.1). Die allfällige depressive Verstimmung wäre somit massgeblich durch psychosoziale Einflüsse geprägt, womit gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts keine Invalidität begründet werden kann (vgl. BGE 127 V 299 E. 5a). Vor diesem Hintergrund erübrigt sich eine psychiatrische Begutachtung.

2.6 Zusammengefasst kann auf die von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon am 20. Januar 2010 attestierte und vom RAD übernommene 100%-ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit abgestellt werden.

3.

3.1 Zur Bemessung des Invaliditätsgrades ist im Folgenden ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Dabei ist beim Invalideneinkommen von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat sich bei der Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht an den Angaben im Arbeitgeberbericht vom 18. Februar 2010 orientiert, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2008 einen Jahresverdienst von Fr. 75'673.-- erreicht hat (vgl. IV-act. 14-2). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die statistischen durchschnittlichen Löhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen des Bundes (LSE) zurückgegriffen, da der



Beschwerdeführer als Gipser nur noch vermindert arbeitsfähig ist. Als Hilfsarbeiter erzielte er in diesem Beruf einen überdurchschnittlichen Lohn. In anderen Hilfstätigkeiten kann jedoch nicht auf das hohe Lohnniveau abgestellt werden, da dieses nicht mit überdurchschnittlichen Fähigkeiten des Beschwerdeführers zu erklären ist. Es ist daher auf die für Hilfsarbeiter durchschnittlichen statistischen Löhne abzustellen. Im Jahr 2008 hatten Männer in Hilfstätigkeiten ein durchschnittliches Jahreseinkommen in Höhe von Fr. 59'979.-- (vgl. Anhang 2 [Lohnentwicklung] zu der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Gesetzestextausgabe 2012). Ausgehend von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergibt sich somit als Basis ein vorläufiges Invalideneinkommen von Fr. 59'979.--.

3.2 Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, es sei beim Invalideneinkommen ein Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 25% vorzunehmen. Mit dem behinderungsbedingten Abzug wird in der Praxis dem Umstand Rechnung getragen, dass versicherte Personen, die in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten, nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur beschränkt einsatzfähig sind, dass sie - unabhängig von der früher ausgeübten Tätigkeit - als gesundheitlich Beeinträchtigte im Rahmen leichter Hilfsarbeitertätigkeiten nicht mehr voll leistungsfähig sind oder dass weitere persönliche und berufliche Merkmale wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben. Der Abzug ist nicht schematisch vorzunehmen. Vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Letztlich ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen (vgl. BGE 126 V 75).

3.3 Dem Beschwerdeführer sind aus medizinischer Sicht trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigungen leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar (vgl. IV-act. 10-2). Aufgrund der belastungsabhängigen Schulter- und Nackenschmerzen besteht funktionell eine Einschränkung bei Überkopfarbeiten (vgl. IV-act. 55-3, 10-3). Ansonsten sind aus medizinischer Sicht keine weiteren körperlichen Limitierungen ersichtlich. Ein Abzug aufgrund von behinderungsbedingten Einschränkungen kommt daher nicht in Betracht. Die Nationalität ist zu vernachlässigen, zumal der



Beschwerdeführer über eine Niederlassungsbewilligung der Kategorie C verfügt und daher nicht mit Lohnnachteilen zu rechnen hat (Urteil des EVG vom 25. Juli 2005, I 420/04, E. 2.5.2.). Auch die fehlenden Sprachkenntnisse fallen nicht ins Gewicht. Bei den einfachen und repetitiven Tätigkeiten, welche für den Beschwerdeführer in Frage kommen, sind die sprachlichen Anforderungen nicht allzu hoch. Im Übrigen gibt der Beschwerdeführer in seinem Lebenslauf an, über gute mündliche und schriftliche Kenntnisse der deutschen Sprache zu verfügen (vgl. IV-act. 46). Weitere im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigende Merkmale sind nicht ersichtlich. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist daher nicht vorzunehmen.

3.4 Stellt man die beiden Vergleichseinkommen einander gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'694.--. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von rund 21%. Ein unter 40% liegender Invaliditätsgrad vermag keinen Rentenanspruch zu begründen (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Selbst mit einem Tabellenlohnabzug von 20% läge der Invaliditätsgrad noch unter 40% (Valideneinkommen: Fr. 75'673.--, Invalideneinkommen: Fr. 47'983.20 [Fr. 59'979.-- - 20%], Erwerbseinbusse: Fr. 27'689.80, Invaliditätsgrad: 37%). Die Beschwerdegegnerin hat das Rentengesuch des Beschwerdeführers folglich zu Recht abgewiesen.

4.

4.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint bei dem vorliegenden durchschnittlichen Beurteilungsaufwand angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/sGS 951.1]). Mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- sind die Gerichtskosten beglichen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP **entschieden:**



1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist mit dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss beglichen.