



**Fall-Nr.:** IV 2013/10  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.05.2020  
**Entscheiddatum:** 12.05.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.05.2015**

**Art. 28 und 28a IVG. Die nach der Begutachtung durchgeführte HWS-Operation hat zumindest keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bewirkt, weshalb keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig sind. Abweisung der Beschwerde, da der IV-Grad weniger als 40 % beträgt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Mai 2015, IV 2013/10). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_449/2015.**

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,  
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Lea Locher

#### **Entscheid vom 12. Mai 2015**

in Sachen

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG,  
Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Rente

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich erstmals im März 1991 wegen eines Rückenleidens bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 16). In der Folge erhielt er vom 1. Oktober 1991 bis 30. April 1992 eine ganze IV-Rente (IV-act. 47). Von November 1991 bis Januar 1992 wurde eine BEFAS-Abklärung durchgeführt (IV-act. 36). Im Abklärungsbericht vom 10. Februar 1992 wurde festgehalten, dass der Versicherte für schwere Körperarbeit sowie auch für Arbeiten in gleichbleibender Haltung wie als Handlanger auf dem Bau oder als Baggerführer nicht mehr eingesetzt werden könne. Bei einer adaptierten Tätigkeit handle es sich um eine rückschonende Arbeit in wechselnder, sitzend-stehender und eventuell gehender Stellung. Die BEFAS Appisberg empfahl eine Umschulung zum Industriearbeiter (Produktion) oder zum Metallarbeiter (IV-act. 36-5). Vom 21. April 1992 bis 20. April 1993 wurde der Versicherte auf Kosten der IV zum Industriearbeiter ausgebildet (IV-act. 44).

A.b Am 15. November 2007 erlitt der Versicherte bei einer Auffahrkollision eine HWS-Distorsion QTF II (siehe z.B. IV-act. 75-3 und Schadenmeldung UVG, Suva-Fremdakten). Im Dezember 2007/Januar 2008 und im April 2008 wurde der Versicherte im Auftrag der Haftpflichtversicherung observiert (siehe Ermittlungsberichte vom 18. Januar und 15. April 2008, Suva-Fremdakten). Die Unfallversicherung stellte die Versicherungsleistungen per 28. April 2008 ein. Mit Verfügung vom 17. Dezember 2008 schloss sie den Fall mit der Begründung, dass keine unfallbedingte Behandlungsbedürftigkeit und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestünden, ab. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Unfallversicherung am 28. April 2009 ab (zum Ganzen: siehe Einspracheentscheid vom 28. April 2009, Suva-Fremdakten). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 16. August 2010 ab (UV 2009/63).



## St.Galler Gerichte

A.c Bereits zuvor, im April 2008, hatte sich der Versicherte zum zweiten Mal zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet (IV-act. 1). Er gab an, aufgrund eines Verkehrsunfalles an Mittelrücken- und Nackenschmerzen zu leiden. Seit dem 15. November 2007 sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Er habe im B.\_\_\_\_ die Volksschule besucht, jedoch keinen Beruf erlernt. Von Januar 1994 bis 2008 habe er zu 100 % als Metallarbeiter bei der C.\_\_\_\_ AG gearbeitet. Gemäss dem IK-Auszug hatte er im Jahr 2006 einen Jahreslohn von Fr. 64'550.-- erzielt.

A.d Anlässlich eines telefonischen Gesprächs vom 6. Mai 2008 gab Dr. med. D.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, gegenüber RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 67; unterzeichnetes Protokoll: IV-act. 75-1 f.):

- Status nach lumbaler Hemilaminektomie L5/S1 1990 wegen Diskushernie;
- Verkehrsunfall am 15. November 2007 mit Auffahrkollision:
  - Zervikozephalisches und thorakales Syndrom;
  - Diskushernien zervikal und thorakal ohne Nervenkompressionen, wahrscheinlich vorbestehend;
  - depressive Entwicklung.

Der Versicherte sei seit dem 15. November 2007 zu 100 % arbeitsunfähig.

A.e Die C.\_\_\_\_ AG berichtete am 5. Mai 2008, dass sie den Versicherten seit dem 1. Januar 1994 als Mitarbeiter Produktion (Blechzuschneiden, Ronden) beschäftigte (Fragebogen für Arbeitgebende, IV-act. 71). Der letzte effektive Arbeitstag sei der 15. November 2007 gewesen. Ein Arbeitsversuch in der Stanzerei vom 13. bis 22. Februar 2008 zu einem Pensum von 50 % sei vom Versicherten abgebrochen worden. Zur Tätigkeit des Versicherten hätten das Einrichten der Tafelschere (manchmal), Bleche zuschneiden an der Tafelschere (oft), das Einrichten der Kreisschere (manchmal),



## St.Galler Gerichte

Bleche zuschneiden an der Kreisschere (manchmal) und die Einlagerung und Entnahme der Bleche vom Lager mittels Stapler (manchmal) gehört. Bei der Arbeit habe er oft stehen und manchmal sitzen oder gehen müssen. Leichte Gewichte (0-10 kg) habe er oft und mittelschwere Gewichte (10-25 kg) selten heben oder tragen müssen. Für die Arbeit hätten diverse Hilfsmittel zur Verfügung gestanden (z.B. Hebekran, automatische Abstapelvorrichtung). Die Arbeitgeberin gab weiter an, dass der Versicherte in der Zeit- und Arbeitseinteilung weitgehend frei gewesen sei. In der Stanzerei würden bereits zugeschnittene Kleinteile der Stanzmaschine zugeführt und mittels Knopfdruck weiterbearbeitet. Diese Tätigkeit könne im Sitzen oder Stehen ausgeübt werden.

A.f Am 16. Mai 2008 reichte die Rehaklinik Bellikon einen Austrittsbericht über den von der Unfallversicherung initiierten stationären Aufenthalt vom 9. April bis 6. Mai 2008 ein (IV-act. 72-5 ff.). Dem Bericht waren die folgenden Diagnosen zu entnehmen:

- Unfall vom 15. November 2007: Auffahrkollision mit HWS-Distorsion QTF II; keine Bewusstlosigkeit oder Amnesie:
- 19. Dezember 2007 MRI-HWS: Breitbasige Diskusherniation C3/4 und C6/7, beidseits präforaminal bis an die Nervenwurzel reichend, ohne Nachweis einer Kompression; breitbasige Diskusherniation Th2/3 und Th3/4 ohne Wurzelkompression;
- zervikothorakales, zervikobrachiales Schmerzsyndrom linksbetont;
- leichte Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2); Angst und depressive Reaktion gemischt;
- Status nach lumbaler Wirbelsäulenoperation 1990 bei L3/4 und L4/5 links.

Die Ärzte der Klinik hatten ausserdem erklärt, dass die Resultate von physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit infolge Symptomausweitung und Selbstlimitierung nur teilweise verwertbar gewesen seien. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen habe sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären lassen. Die Tätigkeit als Metallzuschneider sei dem Versicherten aktuell nicht zumutbar, da er keine schweren Lasten (d.h. solche bis 50 kg) heben und tragen



könne. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte mit der Zeit seine bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen könne. Leichte bis mittelschwere Arbeiten seien ihm ganztags zumutbar, wobei HWS-Zwangsp Positionen auf ein Minimum zu reduzieren seien. Der Versicherte selbst betrachte sich derzeit für jegliche Tätigkeit als nicht arbeitsfähig. Dem psychiatrischen Konsilium (IV-act. 75-18 ff.) war zu entnehmen, dass die vor allem auf die subjektiven Angaben des Versicherten zurückgehende, im Untersuchungsgespräch nicht feststellbare depressive Symptomatik unter multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren (Erkrankung der Tochter und der Ehefrau, eigene Rückenproblematik) auftrete. Der Versicherte leide unter Zukunftsängsten und verharre schmerzfixiert in passiv abwartender Haltung.

A.g Mit Verfügung vom 2. März 2009 (IV-act. 97) wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen (vgl. IV-act. 81) ab. Zur Begründung brachte sie vor, dass der Versicherte in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei und in einer solchen Tätigkeit in etwa das gleiche Erwerbseinkommen erzielen könne wie in seiner bisherigen Tätigkeit. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 22. Juli 2009 (IV 2009/118, IV-act. 113) gut und wies die Sache zur Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen an die IV-Stelle zurück. Mit Schreiben vom 16. Oktober 2009 (IV-act. 123) teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter mit, dass dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt werde. (Der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wurde mit Verfügung vom 15. November 2010 unter Hinweis darauf, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit für Arbeiten mit Gewichtshandhabung bis 25 kg und in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, abgewiesen [IV-act. 150]).

A.h Im Auftrag der Haftpflichtversicherung führte das Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene (nachfolgend: AEH) am 4. und 5. November 2009 eine funktionsorientierte medizinische Abklärung durch (Gutachten vom 1. März 2010, Suva-Fremdakten). Als Diagnosen wurden die folgenden angegeben:

- Chronifiziertes zerviko-cephales Schmerzsyndrom:
- Status nach HWS-Distorsion QTF II nach Auffahrunfall vom 11/2007;



## St.Galler Gerichte

- degenerative zervikale Wirbelsäulenveränderungen;
- Status nach lumbaler Diskushernien-Operation 1990;
- Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Ärger, allgemeiner Unsicherheit und Stimmungseinbrüchen (F43.23);
- Akzentuierung der narzisstischen Persönlichkeitszüge (Z73.1).

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte weiter aus, dass das arbeitsbezogene relevante Problem eine schmerzhaft verminderte Belastungstoleranz des Nackens und der linken Schulter sei. Das Hauptproblem sei jedoch das beobachtete Schmerzverhalten mit Selbstlimitierung und Inkonsistenzen. Der Versicherte habe bei vielen Tests sehr langsam hantiert, was in diesem Ausmass nicht nachvollziehbar sei. Er habe viele Tests unter Angabe von Schmerzen abgebrochen, bevor eine funktionelle Leistungsgrenze erreicht worden sei. Die Resultate der Belastbarkeitstests könnten deshalb nicht für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwertet werden. Aus medizinisch-theoretischer Sicht sei dem Versicherten die Tätigkeit als Metallarbeiter mit Lastenhandhabung bis 50 kg dauerhaft nicht mehr zumutbar. Für die leichten und mittelschweren Arbeitsanteile (bis 25 kg) der angestammten Tätigkeit bestehe ab dem Untersuchungsdatum eine volle Arbeitsfähigkeit. Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erklärte im psychiatrischen (Teil-)Gutachten vom 9. November 2009, dass die Anpassungsstörung und die Akzentuierung der narzisstischen Persönlichkeitszüge keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten und somit keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Der Versicherte leide unter ständigen Nackenschmerzen, schmerzbedingten Schlafstörungen, Anspannungen und Stimmungseinbrüchen. Gleichzeitig sei es im Rahmen einer narzisstischen Kränkung bei zunehmenden Eheproblemen sowie nach dem Verlust der Tagesstruktur Anfang 2008 zur Entwicklung einer Anpassungsstörung gekommen. Anlässlich der Exploration vom 4. November 2009 habe der Versicherte in psychopathologischer Hinsicht leichte formale Denkstörungen (Einengung auf die Familienprobleme und Schmerzen), eine leichte Deprimiertheit und eine innere Anspannung gezeigt. Die mnestischen Funktionen, inkl. Konzentrationsfähigkeit, seien in der objektiven



## St.Galler Gerichte

Untersuchungssituation vorhanden gewesen. Die motorischen Fähigkeiten, der Antrieb und die geistige Flexibilität seien intakt gewesen. Es liege zweifellos eine sehr belastende psychosoziale Situation vor. Die Frage der zumutbaren Willensanstrengung könne trotz Schmerzen klar bejaht werden. Der Versicherte sei in seiner bisherigen Tätigkeit (aus psychischer Sicht) nie langfristig arbeitsunfähig gewesen.

A.i Mit Vorbescheid vom 1. Dezember 2010 (IV-act. 153) kündigte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter des Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs an. Zur Begründung führte sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit wie auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Alle Tätigkeiten mit Gewichtshandhabung bis 25 kg seien ihm zu 100 % zumutbar. Er könne demzufolge weiterhin das bisherige Jahreseinkommen erzielen, weshalb kein Rentenanspruch bestehe. Dagegen liess der Versicherte am 18. Januar 2011 einwenden (IV-act. 157), dass weitere medizinische Abklärungen durchzuführen seien. Der somatische wie auch der psychische Gesundheitszustand habe sich zwischenzeitlich verschlechtert. Er halte sich seit mehreren Wochen stationär in der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ auf.

A.j Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurochirurgie, berichtete am 16. März 2011 (IV-act. 164), dass er den Versicherten am 4. Januar 2011 untersucht habe. Er gab die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an: Zervikobrachialgie bds., progrediente Osteochondrose C6/7, Zustand nach Extensionstrauma der Halswirbelsäule 2007, Bandscheibenprotrusion C3/4 und Depression. Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt in der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_, berichtete am 24. März 2011 (IV-act. 162), dass der Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) und an einem chronischen Schmerzsyndrom (R52.2), beides mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, leide. Der Versicherte habe sich vom 20. Dezember 2010 bis 27. Januar 2011 einer stationären Behandlung unterzogen. Dr. J.\_\_\_\_ befand, dass der Affekt des Versicherten wenig modulierbar und oft nach unten ausgelenkt gewesen sei. Der Antrieb und die Psychomotorik seien leicht reduziert gewesen. Der Versicherte leide nicht an Schlafstörungen. Die Prognose sei angesichts des chronifizierten Verlaufs, der geringen Introspektionsfähigkeit, der mangelnden Akzeptanz sowie der sozial desolaten Lage



(Scheidung, kein Kontakt zu Ex-Ehefrau und Kindern, Arbeitslosigkeit) als eher ungünstig zu beurteilen. Zuletzt sei der Versicherte in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Das Auffassungsvermögen sei leichtgradig, das Konzentrationsvermögen und die Belastbarkeit seien leicht- bis mittelgradig und die Anpassungsfähigkeit sei mittel- bis schwergradig eingeschränkt. Diese Angaben gälten anamnestisch seit zwei bis drei Jahren.

A.k Am 11. April 2011 reichte der Rechtsvertreter des Versicherten neue medizinische Berichte ein (IV-act. 165). Dr. I.\_\_\_\_ hatte in einem Bericht vom 6. Januar 2011 angegeben (IV-act. 166-5 f.), dass die Veränderung bei C3/4 im Vergleich zu den MRI-Bildern vom Dezember 2007 stationär geblieben sei. Bei C6/7 sehe man jedoch eine deutlich voranschreitende Veränderung des Bewegungssegmentes mit osteochondrotischen Veränderungen, eine Abnahme der Bandscheibenhöhe und weiterhin einen Bandscheibenvorfall. Er habe dem Versicherten zu einer mikrochirurgischen Diskektomie C6/7 mit Spondylodese mittels Cage geraten. Dem Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2011 (IV-act. 166-1 ff.) war zu entnehmen, dass der Versicherte beim Eintritt an einem nicht objektivierbaren subjektiven Eindruck von eingeschränkter Konzentration und Merkfähigkeit, verlangsamtem und grüblerisch eingengtem Denken, einer deutlich eingeschränkten affektiven Modulationsfähigkeit, Schuldgedanken, Insuffizienzgefühlen, erheblichen Störungen der Vitalgefühle, einem leicht reduzierten Antrieb und einer leicht reduzierten Psychomotorik, erheblichen Ein- und Durchschlafstörungen, passiven Todeswünschen und fehlenden Zukunftsperspektiven gelitten habe. Zur stationären Aufnahme sei es wegen einer massiven psychosoziale Krise, welche im Jahr 2007 im Zusammenhang mit einem Autounfall ausgelöst worden sei und zur Überforderung am Arbeitsplatz sowie im familiären Umfeld geführt habe, gekommen. Der Versicherte habe während der gesamten stationären Behandlung ein wechselhaftes psychopathologisches Bild gezeigt. Neben einer stark depressiv gefärbten Symptomatik seien auch emotional instabile, stark narzisstische Persönlichkeitszüge aufgefallen.

A.l Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gab in ihrem Bericht vom 10. Juni 2011 (IV-act. 172) die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (F32.1, beginnend 2009)



und Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsstörung (F62.00). Der Versicherte befinde sich seit Januar 2010 in ihrer Behandlung. Dr. K.\_\_\_\_ erklärte, dass der Versicherte aufgrund der depressiven Störung, der zahlreichen körperlichen Limitierungen, der instabilen Persönlichkeitszüge und der pathologischen Schmerzverarbeitung in seiner bisherigen Tätigkeit eingeschränkt sei. Sein Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie seine Anpassungsfähigkeit seien eingeschränkt. Diese Angaben gälten seit Behandlungsbeginn.

A.mAm 18. und 19. Oktober 2011 wurde der Versicherte durch die MEDAS Ostschweiz polydisziplinär (internistisch, physikalisch-medizinisch und psychiatrisch) untersucht (Gutachten vom 1. März 2012, IV-act. 182). Der Versicherte gab anlässlich der Begutachtung an, dass sein Tagesablauf wie folgt aussehe: Er stehe zwischen 8 und 9 Uhr auf. Den Tag verbringe er zu 80 % in seiner Wohnung und denke über seine Probleme nach. Er liege sehr viel herum und schaue fern. Er habe einfach zu nichts Lust und gehe meistens zwischen 21 und 23 Uhr zu Bett. Er habe keine Hobbies und habe sich sozial völlig zurückgezogen. Der Versicherte habe weiter erklärt, dass aktuell die somatischen und psychischen Beschwerden gleich schlimm seien. Physisch leide er ständig unter Nackenschmerzen, links mehr als rechts, mit Ausstrahlung nach occipital und temporal beidseits. Teilweise strahlten die Schmerzen auch bis zur Schulter, links mehr als rechts, aus. Dann könne er seinen linken Arm nicht bewegen. Im Bereich der rechten Schulter seien die Beschwerden hingegen nur gering ausgeprägt. Sodann leide er unter ständigen thorakal mittig auftretenden Schmerzen mit Ausstrahlung bis nach cranial. Die Schmerzintensität betrage mindestens 5 und maximal 7-8 (Skala von 0-10). Beim PACT-Test hatte der Versicherte mit 21 von 200 möglichen Punkten eine sehr tiefe, weit unterhalb einer Minimalbelastung liegende Selbsteinschätzung seiner körperlichen Fähigkeiten angegeben. Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab keine physikalisch-medizinischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gab sie die folgenden an:

- Contraction headache mit/bei:
  
- Fehlhaltung;
  
- muskulärer Dysbalance/Dekonditionierung;



## St.Galler Gerichte

- Osteochondrose HWK6/7 und initialer Spondylarthrose der mittleren und unteren HWS, gesamthaft nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehend;
- ohne Hinweise für ältere knöcherne Verletzungen oder segmentale Instabilitäten;
- Ausweitungstendenz;
- Status nach Hemilaminektomie LWK5/SWK1 links am 22. November 1990 wegen eines lumboradikulären Schmerzsyndroms S1 links bei linksseitiger mediolateraler Diskushernie mit Wurzeltaschenkompression S1 links;
- Status nach Arthroskopie des linken Kniegelenks mit Shaving, medialer Teilmeniskektomie, offener Zystenresektion und Tenosynovektomie am 3. März 2009 wegen Chondropathie Grad II der Trochlea, Grad II des medialen und lateralen Tibiaplateaus, medialer Meniskusläsion sowie grosser, verwachsener Bakerzyste mit kombinierter Semitendinosuszyste links.

Dr. L.\_\_\_\_ wies sodann darauf hin, dass bei der rheumatologischen Begutachtung eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz imponiert hätten. Die demonstrierten Beschwerden sowie die teilweise massive Bewegungsverminderung insbesondere im Bereich des Achsenorgans bzw. der HWS seien während der Begutachtung deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel gewesen. So habe der Versicherte im gerichteten Untersuchungsgang eine hochgradige Funktionseinschränkung der HWS für alle Funktionsebenen und eine maximal durchzuführende Rotation rechts/links auf 10-0-20° gezeigt, wobei er über stärkste zervikothorakale Schmerzen geklagt und Ausweich- und Abwehrbewegungen durchgeführt habe. Im Rahmen der Anamneseerhebung seien jedoch völlig freie Bewegungsausmasse der HWS und insbesondere auch eine völlig freie Rotation zu dem links vom Versicherten sitzenden Dolmetscher zu beobachten gewesen, ohne dass es zu Schmerzäusserungen gekommen sei. Beim Einnehmen der Bauchlage habe der Versicherte spontan eine HWS-Rotation nach links auf ca. 75° durchgeführt und die rechte Gesichtshälfte auf die Untersuchungsfläche abgelegt. Während des gesamten Untersuchungsvorgangs in Bauchlage sei er ohne Schmerzäusserung in dieser Position verblieben. Im gerichteten Untersuchungsgang habe der Versicherte stark



schwankende, grotesk anmutende, differenzierte Gangarten gezeigt, als deren Ursache er Konzentrationsprobleme aufgrund des Nackens angegeben habe. Im ungerichteten Untersuchungsgang hätten hingegen keinerlei Einschränkungen der differenzierten Gangarten beobachtet werden können. Bei der Rumpfkliniation habe der Versicherte einen maximal zu erreichenden Fingerbodenabstand von 49 cm erreicht, innerviert, über stärkste Schmerzen geklagt und wiederum Ausweich- sowie Abwehrbewegungen durchgeführt. Den Langsitz habe er hingegen während zwei Minuten ohne Schmerzäusserung nahezu vollständig eingenommen, der Fingerspitzen-/OSG-Abstand habe beidseits nur 10 cm bei hierfür ursächlicher Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur betragen. Auch bei der Funktionsüberprüfung beider Schultergelenke habe der Versicherte beidseits bereits ab Beginn des jeweiligen Funktionsausmasses massiv gegeninnerviert und unter teilweise lautem Schreien Abwehr- und Ausweichbewegungen durchgeführt. Beim An- und Auskleiden sowie beim Abnehmen bzw. Aufkleben eines Wärmepflasters auf den zervikothorakalen Übergang seien hingegen seitengleich freie Bewegungsausmasse beider Schultergelenke ohne jegliche Schmerzäusserung zu beobachten gewesen. Auch bei der Funktionsüberprüfung der Hüft- und Kniegelenke habe der Versicherte gestöhnt und grimassiert. Auf die Frage, wo es ihm denn dabei weh tue, habe er hingegen "nirgends" angegeben. Klinisch sei eine Insuffizienz insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur bzw. der Schulter-, Nacken- und Schultergürtelmuskulatur aufgefallen, welche zusammen mit der Fehlhaltung zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans führe. Eine muskuläre Dysbalancen bzw. eine Dekonditionierung stelle jedoch keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar, da dieser Zustand durch eine entsprechende aktive Therapie behoben werden könne. In der aktuellen konventionellen Bildgebung der HWS imponierten zwar degenerative Veränderungen unter Betonung einer Osteochondrose HWK6/7, letztere sei jedoch nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehend und nicht dazu geeignet, die vom Versicherten geklagten Beschwerden und insbesondere auch deren Ausmass zu erklären. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise auf eine neuroradikuläre Symptomatik ergeben. Die vom Versicherten geklagten Kopfschmerzen seien als Spannungskopfschmerzen zu interpretieren. Eine Arbeitsunfähigkeit sei hieraus per se jedoch nicht abzuleiten, da diese zwar "lästig",



aber behandelbar seien. Auch ein ebenfalls in Betracht zu ziehender medikamenteninduzierter bzw. analgetikainduzierter Kopfschmerz bewirke keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit, da ein solcher mit einem Entzug behandelbar sei. Zusammenfassend könnten die vom Versicherten geklagten Beschwerden nur zu einem sehr geringen Teil durch die Befunde bzw. Diagnosen erklärt werden. Der Versicherte sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Stanzerei-Produktionsmitarbeiter aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht nie über längere Zeit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Med. pract. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab als psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine wechselnde, leichte bis mittelgradige depressive Störung (F32.00/10) an. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe die akzentuierte Persönlichkeit mit passiv-aggressiven und narzisstischen Zügen (Z73.1). Gemäss med. pract. M.\_\_\_\_ habe bei der psychiatrischen Exploration ein zeitlich, örtlich, autopsychisch und situativ orientierter Versicherter imponiert. Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen hätten nicht objektiviert werden können. Das formale Denken sei einfach strukturiert und auf Schmerzen eingeengt gewesen. Der Versicherte habe ein deutlich passiv-aggressives Verhalten gezeigt und sei nicht immer kooperativ gewesen. Der affektive Report sei herstellbar gewesen. Die Grundstimmung sei leicht nach unten verschoben, jedoch auch von passiv aggressivem Verhalten überlagert gewesen. Im Antrieb habe der Versicherte kaum eingeschränkt gewirkt. Psychomotorisch sei er deutlich angespannt, unruhig, subaggressiv, zum Teil aber auch passiv gewesen. Er habe über eine erniedrigte Lebenslust und Lebensfreude sowie über Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Im Selbstbeurteilungsbogen (HAD-Skala) habe sich eine Verdeutlichungstendenz gezeigt, d.h. der Versicherte habe sich als sehr krank darstellen wollen (bei einem Punktemaximum von 21 habe der Wert für Angst 20 Punkte und der Wert für Depression 21 Punkte betragen). Aufgrund der deutlichen Aggravation sei davon auszugehen, dass der Versicherte nicht an einer somatoformen Schmerzstörung leide. Es bestünden auch IV-fremde Faktoren wie Trennung von der Familie, finanzielle Situation, Wunsch nach IV-Rente und soziokulturelle Eigenheiten. Aufgrund der Depression sei die zumutbare Willensanstrengung leichtgradig eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit sei zu 20-30 % eingeschränkt. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit seit dem Autounfall bestehe. Die allenfalls vor Januar 2008



bestandene Arbeitsunfähigkeit könne jedoch nicht belegt werden, da sich der Versicherte erst seit diesem Zeitpunkt in psychiatrischer Behandlung befinde. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Sachverständigen die Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit ab November 2007 auf 20-30 %.

A.n Dr. I.\_\_\_\_ berichtete am 27. Februar 2012 über eine am 23. Februar 2012 durchgeführte mikrochirurgische Diskektomie C6/7 von links, Foraminotomien bds. und Spondylodese mit PINA-Cage (IV-act. 185). Als neue Diagnosen gab er einen Bandscheibenvorfall C6/7 und eine(n) Bandscheibenprotrusion bis -vorfall C3/4 an. Der peri- und postoperative Verlauf sei unkompliziert gewesen. Der Versicherte habe weiterhin über etwas Nackenschmerzen geklagt. Die radikuläre Symptomatik sei nicht mehr aufgetreten. In einem Bericht vom 3. September 2012 gab Dr. I.\_\_\_\_ an (IV-act. 197), dass die Operation eine partielle Besserung der Brachialgien und der Zervikalgie gebracht habe. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte Arbeit, physiologische Haltung) betrage aus rein neurochirurgischer Sicht 50 %. RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ erklärte in seiner Stellungnahme vom 5. September 2012 (IV-act. 198), dass aufgrund der Berichte von Dr. I.\_\_\_\_ mit Bezug auf die Operation vom 23. Februar 2012 zumindest keine Verschlechterung der bereits gutachterlich erfassten Beschwerden anzunehmen sei. Die tiefere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. I.\_\_\_\_ sei nur als differente ärztliche Einschätzung zum gleichen oder gar gebesserten Beschwerdebild zu werten. Dr. I.\_\_\_\_ habe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit weder durch eine Funktionseinschränkung noch durch pathophysiologische Überlegungen begründet. Die Empfehlung zu einer körperlich leichten Arbeit in physiologischer Haltung sei hingegen aus der Art der durchgeführten Operation herleitbar und begründet. Die gutachterlichen Schlussfolgerungen bedürften daher einer qualitativen Ergänzung hinsichtlich einer postoperativ empfehlenswerten Adaption. Der Versicherte sei demnach in einer adaptierten, körperlich leichten Tätigkeit in physiologischer Haltung (keine Zwangshaltungen, keine andauernden stereotypen Bewegungen im Rumpf- und Halsbereich, möglichst Wechselbelastung) zu 70-80 % arbeitsfähig. Zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Metallarbeiter könne keine sichere Aussage gemacht werden. Gemäss dem Arbeitgeberfragebogen handle es sich wohl nicht um eine schwere körperliche Arbeit. Jedoch sei bei immer gleichen, mechanischen Industrietätigkeiten nicht unbedingt von einer ideal adaptierten Tätigkeit



auszugehen. Auch bleibe die tatsächliche Gewichtsbelastung mit Blick auf die abweichenden Angaben des Versicherten unklar. Die gezeigten Inkonsistenzen sein gutachterlich benannt und in der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden.

A.o Mit einem zweiten Vorbescheid vom 14. September 2012 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 203). Zur Begründung führte sie an, dass es sich bei der angestammten Tätigkeit als Metallarbeiter nicht um eine ideal adaptierte Tätigkeit handle. Das Valideneinkommen entspreche dem im Jahr 2006 erzielten Einkommen, d.h. Fr. 64'550.--. In einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 70-80 %. Grosszügigerweise werde von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % ausgegangen. Als Grundlage für die Bemessung des Invalideneinkommens sei das durchschnittliche Einkommen eines Hilfsarbeiters gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (IV-act. 201-3). Das Invalideneinkommen betrage folglich Fr. 44'398.-- und die Erwerbseinbusse Fr. 20'152.-- resp. 31 %. Dagegen liess der Versicherte einwenden (IV-act. 204-2 ff.), dass ihm ab 1. November 2008 eine halbe Invalidenrente, eventualiter eine Viertelsrente zustehe und subeventualiter weitere medizinische Abklärungen durchzuführen seien. In einem beigelegten Bericht vom 17. September 2012 (IV-act. 204-11 ff.) bestätigte Dr. I.\_\_\_, dass er den Versicherten aufgrund von Restbeschwerden bei vorbestehend (d.h. präoperativ) chronifiziertem Schmerzzustand und Depression auch für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten für zu 50 % arbeitsunfähig halte. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_ hielt am 14. November 2012 (IV-act. 208) fest, dass der Bericht von Dr. I.\_\_\_ vom 17. September 2012 keine neuen Aspekte für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit enthalte.

A.p Mit Verfügung vom 19. November 2012 wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 209). Dem Einwand entgegnete sie mit den in der RAD-Stellungnahme vom 14. November 2012 aufgeführten Argumenten.

B.



B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 7. Januar 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). Eventualiter sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung per 1. November 2008 mindestens eine Viertelsrente auszurichten. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter geltend, das MEDAS-Gutachten überzeuge in materieller und formeller Hinsicht nicht. So habe Dr. L.\_\_\_\_ keinerlei Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgeführt, obwohl Dr. I.\_\_\_\_ in einem Bericht vom 16. März 2011 die Diagnosen einer Zervikobrachialgie beidseits bestätigt und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausdrücklich bejaht habe. Allein die Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin diesen (offenbar unvollständigen) Bericht des behandelnden Spezialisten nicht habe ergänzen lassen, sei problematisch. Weit fragwürdiger sei jedoch, dass Dr. L.\_\_\_\_ die Bandscheibenprotrusion bzw. den Bandscheibenvorfall C3/4 und C6/7 im Gutachten mit keinem Wort erwähnt habe. Sodann habe Dr. L.\_\_\_\_ ihre Einschätzung, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei, nicht genügend begründet. Auch sei zwischen der MEDAS-Begutachtung und dem Erlass der angefochtenen Verfügung zu viel Zeit verstrichen und zwischenzeitlich seien neue medizinische Tatbestände (Bandscheibenvorfall C6/7 mit notwendiger operativer Versorgung) aufgetreten. Die Beschwerdegegnerin habe zudem nicht begründet, weshalb der Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 17. September 2012 keine neuen Aspekte für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beinhalten solle. Des Weiteren habe Dr. L.\_\_\_\_ als Hauptgutachterin nicht über eine orthopädische Fachausbildung verfügt, was den Beweiswert ihrer Schlussfolgerungen zumindest schmälere. Auch sei sie nicht auf die abweichende Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ eingegangen. Und schliesslich sei bei einer Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit auf 20-30 % nicht klar, auf welchen Wert abzustellen sei. Die Beschwerdegegnerin hätte zugunsten des Beschwerdeführers auf die höhere Einschränkung von 30 % abstellen müssen. Mit Bezug auf den Einkommensvergleich führte der Rechtsvertreter an, dass das Valideneinkommen im Jahr 2008 Fr. 67'018.-- betragen habe. Das Invalideneinkommen sei anhand des durchschnittlichen Lohnes eines Hilfsarbeiters gemäss LSE im Jahr 2008 zu bemessen und betrage bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30 % Fr. 41'985.20. Aufgrund des deutlich erhöhten Krankheits- und Ausfallsrisikos und aufgrund der Tatsache, dass



Teilzeit arbeitende Männer statistisch gesehen deutlich schlechter entlohnt würden als in Vollzeit tätige Männer, sei ein Tabellenlohnabzug von mindestens 10 % zu gewähren. Das Invalideneinkommen betrage folglich Fr. 37'787.-- und der IV-Grad 44 %.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung brachte sie zusammengefasst vor, dass das MEDAS-Gutachten voll beweiskräftig sei. Dr. L.\_\_\_\_ habe sich als Hauptgutachterin geeignet, da sich die Fachdisziplin der physikalischen Medizin wie jene der Rheumatologie mit der Untersuchung und Abklärung von Beschwerden des Bewegungsapparates beschäftige. Die Sachverständigen hätten die degenerativen Veränderungen der HWS unter Betonung einer Osteochondrose HWK6/7 dahingehend gewürdigt, dass diese nicht dazu geeignet seien, die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und insbesondere deren Ausmass zu erklären. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich zudem keinerlei Hinweise auf eine neuroradikuläre Symptomatik ergeben. Unter Berücksichtigung, dass die Sachverständigen eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden und den demonstrierten Beschwerden und Schmerzen festgestellt hätten, erscheine ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit als plausibel und nachvollziehbar. Die Indikation zum Eingriff an der HWS sei angesichts der im MEDAS-Gutachten erwähnten Schmerzausweitung und Inkonsistenzen in Frage zu stellen. Der Eingriff habe denn auch die beklagten Beschwerden nicht wesentlich zu lindern vermocht. In diagnostischer Hinsicht sei die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten nachvollziehbar und schlüssig. Allerdings gälten rechtsprechungsgemäss leichte bis mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar. Es sei davon auszugehen, dass die therapeutischen Mittel im vorliegenden Fall noch nicht ausgeschöpft seien. Auch müsse davon ausgegangen werden, dass die depressive Symptomatik in nicht unerheblicher Weise von grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden psychosozialen Belastungsfaktoren geprägt sei und aufrechterhalten werde. Ausserdem sprächen die deutliche Aggravation, die erwähnte Rentenbegehrlichkeit sowie die erhebliche Diskrepanz im (Schmerzäusserungs-)Verhalten bei der klinischen Untersuchung in beobachteten und abgelenkten Situationen deutlich für eine willentliche Überwindbarkeit der subjektiv



erlebten Schmerzen. Der Beschwerdeführer sei deshalb in einer den körperlichen Beeinträchtigungen angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Das Valideneinkommen sei anhand des zuletzt erzielten Einkommens zu ermitteln und betrage Fr. 69'127.--. Das Invalideneinkommen entspreche dem durchschnittlichen Lohn eines Hilfsarbeiters gemäss LSE im Jahr 2008, d.h. Fr. 59'979.--. Da der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit in rechtlicher Hinsicht als uneingeschränkt arbeitsfähig zu betrachten sei, falle ein Teilzeitabzug ausser Betracht. Der IV-Grad betrage folglich 13 %.

B.c Mit Replik vom 28. März 2013 (act. G 7) hielt der Beschwerdeführer an den mit der Beschwerde gestellten Anträgen fest. Sein Rechtsvertreter machte ergänzend geltend, die psychosozialen Faktoren seien vorliegend nicht derart ausgeprägt, dass die Depression ihre hinreichende Erklärung in ihnen finden und gleichsam in ihnen aufgehen würde. Ausserdem erweise sich ein Tabellenlohnabzug von 10 % bereits unter dem Aspekt, dass der Beschwerdeführer zuletzt eine körperliche Schwerarbeit verrichtet habe und nun auch in einer leichteren Arbeit nicht mehr voll arbeitsfähig sei, als angemessen. Dem beigelegten Austrittsbericht der Klinik Gais vom 30. Januar 2013 (act. G 7.1 Beilage 3) waren die folgenden psychiatrischen Diagnosen zu entnehmen: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (F33.1). Die Klinik erklärte weiter, dass sich der Beschwerdeführer vom 29. November 2012 bis 5. Januar 2013 einer stationären Behandlung unterzogen habe.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 9).

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt. Strittig ist demnach, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht



durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss 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 eine 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).

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.4 Für das Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 55 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 19 Verwaltungsverfahrensgesetz [VwVG, SR 172.021] i.V.m. Art. 40 Bundesgesetz über den Bundeszivilprozess [BZP, SR 273]). Danach hat das Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht



für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch 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; BGE 122 V 157 E. 1c mit Hinweisen).

2.

2.1 In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere der Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 16. Mai 2008, das Gutachten des AEH vom 1. März 2010, die Berichte von Dr. I.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2011, vom 16. März 2011, vom 27. Februar 2012, vom 3. September 2012 und vom 17. September 2012, der Bericht der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 24. März 2011, der Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 10. Juni 2011, das MEDAS-Gutachten vom 1. März 2012, die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ vom 5. September 2012 und der Austrittsbericht der Klinik Gais vom 30. Januar 2013 im Recht.

2.2 Zunächst ist zu überprüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen ist, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Industrie- bzw. Metallarbeiter nicht mehr zumutbar sei, in einer körperlich adaptierten Tätigkeit aus somatischer Sicht jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe. Der Beschwerdeführer ist in den Jahren 1992/1993 zum Industriearbeiter umgeschult worden, weil die Abklärungen ergeben hatten, dass ihm schwere Tätigkeiten in gleichbleibender Haltung nicht mehr zumutbar seien respektive er nur noch in einer rückschonenden, wechselbelastenden Tätigkeit arbeitsfähig sei. Gemäss der ehemaligen Arbeitgeberin hat es sich bei der Tätigkeit als Metallarbeiter um eine wechselbelastende (oft stehende, manchmal sitzende und gehende), leichte bis selten mittelschwere Tätigkeit gehandelt. In Widerspruch dazu hat der Beschwerdeführer gegenüber der Rehaklinik Bellikon und dem AEH angegeben, dass er in seiner bisherigen Tätigkeit Gewichte bis 50 kg heben müssen (IV-act. 72-7 und S. 3 des Gutachtens des AEH, Suva-Fremdakten). Gegenüber der MEDAS hat der Beschwerdeführer angegeben, dass er Metallplatten bis 30 kg von Hand habe "bewegen müssen" (IV-act. 182-18). Ob der Beschwerdeführer damit hat ausdrücken



wollen, dass er diese Metallplatten hat heben und tragen müssen oder lediglich hat "verschieben" (d.h. stossen, ziehen) müssen, geht aus dieser Aussage nicht hervor. Ob es sich bei der bisherigen Tätigkeit um eine teilweise schwere Tätigkeit (Heben und/ oder Tragen von Lasten über 25 kg) oder ob es sich, wie von der Arbeitgeberin angegeben, um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit gehandelt hat, muss jedoch nicht weiter abgeklärt werden. Denn aus dem BEFAS-Schlussbericht geht hervor, dass es zumindest leichte bis mittelschwere Arbeitsstellen für Industrie- bzw. Metallarbeiter gibt; ansonsten wäre der Beschwerdeführer aufgrund seiner Rückenproblematik nicht auf diesen Beruf umgeschult worden. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass er in einem anderen Betrieb als Industriearbeiter für leichte- bis mittelschwere Tätigkeiten das gleich hohe Einkommen hätte erzielen können wie an seiner letzten Arbeitsstelle. Anzumerken bleibt, dass die ehemalige Arbeitgeberin den Beschwerdeführer Anfang 2008 versuchsweise zu 50 % in der Stanzerei beschäftigt hat. Der Beschwerdeführer hat diese Arbeit jedoch nach wenigen Tagen abgebrochen. Bei der Tätigkeit in der Stanzerei hat es sich um eine wechselbelastende, körperlich leichte Tätigkeit gehandelt. Ob der Beschwerdeführer diese Tätigkeit unbefristet in einem Vollpensum zum bisherigen Lohn hätte ausüben können, wenn der Arbeitsversuch nicht gescheitert wäre, geht aus den Akten jedoch nicht hervor. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es Arbeitsstellen für Industrie- bzw. Metallarbeiter gibt, die lediglich leichte bis mittelschwere Arbeiten beinhalten.

2.3 Die Rehaklinik Bellikon hat die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im April/Mai 2008 in der angestammten Tätigkeit auf 0 % geschätzt. Sie ist allerdings fälschlicherweise davon ausgegangen, dass die Tätigkeit als Industrie- bzw. Metallarbeiter das Heben von schweren Lasten beinhaltet. In einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit hat sie die Arbeitsfähigkeit auf 100 % geschätzt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Rehaklinik die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Industrie- bzw. Metallarbeiter auf 100 % geschätzt hätte, wenn sie Kenntnis davon gehabt hätte, dass es sich bei dieser Tätigkeit um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit handelt. Dasselbe gilt für die Arbeitsfähigkeitsschätzung des AEH vom November 2009: Das AEH hat explizit festgehalten, dass der Beschwerdeführer für leichtere und mittelschwere Anteile der angestammten Tätigkeit mit Lastenhandhabung bis 25 kg voll arbeitsfähig sei. Somit stimmen die Einschätzungen der Rehaklinik Bellikon und des AEH mit jener der MEDAS-



Sachverständigen Dr. L.\_\_\_\_ überein, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Tätigkeit als Metallarbeiter aus somatischer Sicht auf 100 % geschätzt hat.

2.3.1 In formeller Hinsicht hat der Rechtsvertreter geltend gemacht, dass die somatische Begutachtung durch eine orthopädische Fachperson hätte erfolgen müssen. Soweit aus den Akten ersichtlich ist, hat die Beschwerdegegnerin bei der Auftragserteilung für das polydisziplinäre Gutachten an die MEDAS keine Fachdisziplinen genannt (vgl. IV-act. 175 und 177). Die MEDAS hat in der Folge Dr. L.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, zur (Haupt-)Gutachterin ernannt. Die physikalische Medizin befasst sich mit der Anwendung von physikalischen Methoden zur Behandlung von Organschäden und Funktionsstörungen sowie mit der postoperativen und posttraumatischen Behandlung (berufsberatung.ch, Facharzt/-ärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, abgerufen am 27. April 2015). Zu den Schwerpunkten dieser Facharztausbildung gehört auch die Diagnostik von Krankheiten der Gelenke (u.a. degenerativ, entzündlich), der Wirbelsäule (degenerativ, entzündlich), des Knochens und Knorpels, der Weichteilgewebe, von posttraumatischen Zuständen (konservativ und/oder operativ behandelt), von Zuständen nach gelenkerhaltenden oder gelenkersetzenden Operationen und von Zuständen nach Operationen an der Wirbelsäule. Auch die Diagnostik neurologischer Syndrome bildet ein Ausbildungsschwerpunkt (siehe Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, [http://www.fmh.ch/files/pdf16/physikalische\\_medizin\\_version\\_internet\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf16/physikalische_medizin_version_internet_d.pdf), abgerufen am 27. April 2015, S. 6 f.). Angesichts der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden (insbesondere Nacken-, Brust- und Kopfschmerzen mit Ausstrahlungen) und dem Umstand, dass es grundsätzlich dem beauftragten medizinischen Begutachtungsinstitut überlassen ist, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellungen erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C\_124/2008 E. 6.3.1), kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei Dr. L.\_\_\_\_ im vorliegenden Fall um eine geeignete (Haupt-)Gutachterin gehandelt hat.

2.3.2 Der Rechtsvertreter hat weiter vorgebracht, es sei problematisch, dass die Beschwerdegegnerin den offenbar unvollständigen Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 16. März 2011 nicht habe ergänzen lassen. Der Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 16. März 2011 (IV-act.



164) ist tatsächlich unvollständig, d.h. es fehlen mehrere Seiten des Formulars. Dem Bericht sind lediglich die Diagnosen, nicht jedoch die Anamnese, die ärztlichen Befunde, Angaben zur Arbeitsfähigkeit etc. zu entnehmen. Da Dr. I.\_\_\_\_ auf Anfrage der Beschwerdegegnerin am 3. September 2012 einen weiteren Bericht eingereicht hat, welchem u.a. eine Arbeitsfähigkeitsschätzung aus neurochirurgischer Sicht zu entnehmen ist (IV-act. 197), und weil der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zudem drei weitere Berichte des Neurochirurgen eingereicht hat, ist für das vorliegende Beschwerdeverfahren jedoch unerheblich, dass der Bericht vom 16. März 2011 nicht vollständig ist.

2.3.3 Der Rechtsvertreter hat sodann bemängelt, dass Dr. L.\_\_\_\_ im Gutachten keinerlei Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgeführt habe, insbesondere dass sie die Bandscheibenvorfälle C6/7 und C3/4 nicht erwähnt habe. Dr. L.\_\_\_\_ hat ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung in Kenntnis der degenerativen Veränderungen in den Segmenten C3/4 und C6/7 abgegeben: Sie hat insbesondere über die MRI-Befunde vom 19. Dezember 2007 (geringe breitbasige Diskusherniation C3/4 und C6/7, beidseits präforaminal bis an die Nervenwurzel reichend ohne Nachweis einer Kompression) und vom 9. Dezember 2010 (diskrete flache Protrusion HWK3/4 und Osteochondrose sowie breitbasige Diskushernie HWK6/7) verfügt (siehe S. 4 und 11 des Gutachtens) und diese in ihre Beurteilung miteinbezogen (siehe S. 25 f. und 39 des Gutachtens). Dr. L.\_\_\_\_ ist zum Schluss gekommen, dass die in der aktuellen konventionellen Bildgebung (von der MEDAS veranlasste Röntgenbilder) ersichtlichen degenerativen Veränderungen der HWS, insbesondere auch die Osteochondrose HWK6/7, nicht über das altersentsprechende Mass hinausgingen und nicht geeignet seien, die geklagten Beschwerden zu erklären. Dr. L.\_\_\_\_ hat ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung gestützt auf eine klinisch-rheumatologische und klinisch-neurologische Untersuchung, unter Berücksichtigung der früheren und aktuellen bildgebenden Befunde sowie in Kenntnis der übrigen Vorakten abgegeben. Zudem stimmt ihre Einschätzung mit jenen der Rehaklinik Bellikon und des AEH überein. Dass sie es unterlassen hat, die Diagnose einer Diskusprotrusion bzw. Diskushernie C3/4 bei den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufzuführen, vermag deshalb den Beweiswert ihres Teilgutachtens nicht zu vermindern. Entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters ist Dr. L.\_\_\_\_ zudem auf die "abweichende" Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ eingegangen. So hat sie auf S. 16 des Gutachtens erklärt, dass Dr. I.\_\_\_\_ basierend auf



der bildgebenden Diagnose einer progredienten Osteochondrose und eines Bandscheibenvorfalles im Segment HWK6/7 trotz fehlender motorischer Ausfälle, eines symmetrischen Reflexstatus und einer nur leichten Hypästhesie im Dermatome C8 links (subjektiv) die mikrochirurgische Diskektomie HWK6/7 mit Spondylodese mittels Cage empfohlen habe. Diese Aussage von Dr. L. \_\_\_ ist so zu verstehen, dass sie die von Dr. I. \_\_\_ empfohlene HWS-Operation als nicht indiziert erachtet hat. Die von Dr. I. \_\_\_ angegebene Diagnose einer chronischen Cervicalgie mit beidseitigen Brachialgien (Nackenschmerzen mit beidseitigen Armschmerzen) sagt noch nichts über deren Ursache aus. Dr. L. \_\_\_ hat nicht behauptet, dass der Beschwerdeführer nicht unter gewissen Nacken- und Armschmerzen leidet, sondern "lediglich" eine erhebliche Aggravation festgestellt. Insoweit weicht die Beurteilung von Dr. L. \_\_\_ nicht von jener von Dr. I. \_\_\_ ab, weshalb sich eine Diskussion hierüber erübrigt hat. Und schliesslich ist das Gutachten erstellt worden (1. März 2012), bevor die erste Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. I. \_\_\_ vorgelegen hat. Eine solche hat er nämlich erst im Bericht vom 3. September 2012 abgegeben. Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Tätigkeit als Metall- bzw. Industriearbeiter zumindest bis zur HWS-Operation im Februar 2012 aus somatischer Sicht 100 % betragen hat.

2.3.4 Der Rechtsvertreter hat des Weiteren moniert, dass die Beschwerdegegnerin nicht begründet habe, weshalb der Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 17. September 2012 keine neuen Aspekte für die Arbeitsfähigkeitsschätzung beinhalten sollte. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung dargelegt, dass der im Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 17. September 2012 geschilderte Sachverhalt und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. I. \_\_\_ bereits in der RAD-Stellungnahme vom 5. September 2012 ausführlich gewürdigt worden seien. Weshalb diese Begründung nicht ausreichend sein sollte, ist nicht ersichtlich, zumal dem Bericht vom 17. September 2012 tatsächlich keine neuen, IV-relevanten Angaben zu entnehmen sind: Dr. I. \_\_\_ hat keine neuen Diagnosen angegeben und seine frühere Arbeitsfähigkeitsschätzung bestätigt. Die Ausführungen von Dr. I. \_\_\_ zur Frage der Kausalität zwischen dem Unfall vom 15. November 2007 und den geltend gemachten Beschwerden sind für das vorliegende Verfahren nicht von Relevanz, was zumindest dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bekannt gewesen sein muss. Der Beschwerdegegnerin kann deshalb keine – sinngemäss geltend gemachte – Verletzung



des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne der Verletzung der Begründungspflicht vorgeworfen werden.

2.3.5 Der Rechtsvertreter hat ausserdem vorgebracht, dass das MEDAS-Gutachten für die Zeit nach der HWS-Operation vom 23. Februar 2012 nicht mehr aktuell sei. Dr. I.\_\_\_\_ hat dem Beschwerdeführer bereits am 4. Januar 2011 zur HWS-Operation geraten. Dr. L.\_\_\_\_ hat nachvollziehbar begründet, weshalb sie eine solche Operation für nicht indiziert erachte. Der Beschwerdeführer hat sich alsdann erst über ein Jahr nach der Operationsempfehlung, nämlich am 23. Februar 2012, von Dr. I.\_\_\_\_ operieren lassen. Aufgrund der Tatsache, dass Dr. L.\_\_\_\_ keine Operationsindikation gesehen hat, dass Dr. I.\_\_\_\_ im Bericht vom 27. September 2012 keine neuen Diagnosen angegeben hat und dass der Beschwerdeführer über ein Jahr zugewartet hat, bis er sich dem Eingriff unterzogen hat, muss davon ausgegangen werden, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen der MEDAS-Begutachtung und der Operation nicht wesentlich verändert hat. Dr. I.\_\_\_\_ hat am 3. September 2012 berichtet, dass sich die Brachialgien und die Cervicalgie seit der Operation partiell gebessert hätten. Im Bericht vom 17. September 2012 hat Dr. I.\_\_\_\_ erklärt, dass der Beschwerdeführer aufgrund von Restbeschwerden bei vorbestehend chronifiziertem Schmerzzustand und Depression in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Die – gemäss Dr. I.\_\_\_\_ – arbeitsfähigkeitseinschränkende Schmerzsymptome haben somit bereits vor der Operation bestanden, was bedeutet, dass sie bei der MEDAS-Begutachtung berücksichtigt worden sind. Da aus den Berichten von Dr. I.\_\_\_\_ hervorgeht, dass sich der physische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers durch die Operation zumindest nicht verschlechtert hat, erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen.

2.3.6 Dr. I.\_\_\_\_ hat die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus rein neurologischer Sicht in einer körperlich leichten Arbeit in physiologischer Haltung am 3. September 2012 auf 50 % geschätzt. In seinem Bericht vom 17. September 2012 hat er die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ebenfalls auf 50 % geschätzt. Als Grund für die Arbeitsunfähigkeit hat er im erstgenannten Bericht eine chronische Cervicalgie und im zweitgenannten Bericht einen chronifizierten Schmerzzustand und eine Depression angegeben. Wie RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ angeführt hat, hat Dr. I.\_\_\_\_ nicht näher begründet, weshalb die chronische Cervicalgie den



Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit derart stark beeinträchtigt. Zudem scheint Dr. I. \_\_\_ bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung die subjektiven Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers zumindest mitberücksichtigt zu haben: So gibt er als Grund für die (somatisch bedingte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einen chronifizierten Schmerzzustand bzw. chronische Nackenschmerzen an. Diese Angaben sagen jedoch, wie bereits erwähnt, nichts über die Ursache der Beschwerden bzw. dazu aus, ob diese Schmerzen durch die objektiven Befunde gar nicht, teilweise oder vollständig erklärt werden können. Für die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist jedoch nur relevant, welche Tätigkeit einer versicherten Person in welchem Ausmass objektiv betrachtet noch zugemutet werden kann. Im vorliegenden Fall kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer beim physischen Leistungstest in der Rehaklinik Bellikon, bei der funktionsorientierten Abklärung durch das AEH und bei der MEDAS-Begutachtung erhebliche Inkonsistenzen und Selbstlimitierungen gezeigt hat. Ob Dr. I. \_\_\_ bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Kenntnis dieser Vorakten gehabt hat, geht aus den Akten nicht hervor. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. I. \_\_\_ überzeugt aufgrund der genannten Umstände nicht, weshalb auf diese nicht abgestellt werden kann.

2.3.7 RAD-Arzt Dr. N. \_\_\_ hat in seiner Stellungnahme vom 5. September 2012 festgehalten, dass zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Metallarbeiter keine sichere Aussage gemacht werden könne. Bei immer gleichen, mechanischen Industrietätigkeiten sei aber "nicht unbedingt" von einer ideal adaptierten Tätigkeit auszugehen. In einer adaptierten, körperlich leichten Tätigkeit in physiologischer Haltung (keine Zwangshaltungen, keine andauernden stereotypen Bewegungen im Rumpf- und Halsbereich, möglichst Wechselbelastung) sei der Beschwerdeführer aus rein somatischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Die Frage, ob die Arbeit als Industrie- bzw. Metallarbeiter tatsächlich andauernde stereotype Bewegungen im Rumpf- und Halsbereich sowie Zwangshaltungen beinhaltet, kann anhand der Akten nicht beantwortet werden. Gemäss dem Arbeitgeberbericht hat der Beschwerdeführer jedoch zumindest weitgehend frei über die Zeit- und Arbeitseinteilung verfügen können. Auch ist bereits im BEFAS-Schlussbericht festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer keine Arbeiten in gleichbleibender Haltung mehr ausüben dürfe, woraus geschlossen werden kann, dass die Tätigkeit als Industriearbeiter zumindest nicht in relevantem Ausmass solche Arbeiten beinhaltet, da ansonsten eine Umschulung auf diesen Beruf nicht zweckmässig und geeignet gewesen wäre. Unklar



ist auch, ob es dem Beschwerdeführer aufgrund der HWS-Operation tatsächlich nicht mehr zumutbar ist, mittelschwere Tätigkeiten auszuüben. Denn Dr. I.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 17. September 2012 erklärt, dass der Beschwerdeführer in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig sei, d.h. dass ihm zumindest teilweise noch mittelschwere Tätigkeiten zugemutet werden können. Die Frage, ob der Beschwerdeführer ab Februar 2012 – mit Ausnahme der postoperativen Heilungsphase – weiterhin zu 100 % in der Tätigkeit als Industrie- bzw. Metallarbeiter arbeitsfähig gewesen ist oder ob ihm seit diesem Zeitpunkt nur noch eine körperlich adaptierte Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist, kann jedoch offen gelassen werden, da sie keinen Einfluss auf den Rentenentscheid hat, wie sich nachfolgend ergibt. Zusammengefasst ist der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht somit mindestens bis Ende Januar 2012 in der Tätigkeit als Industrie- bzw. Metallarbeiter zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Seit Februar 2012 besteht – mit Ausnahme der postoperativen Heilungsphase – zumindest in einer adaptierten Tätigkeit aus somatischer Sicht weiterhin eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit.

2.4 Mit Bezug auf die psychisch bedingte Arbeitsfähigkeit hat der Rechtsvertreter lediglich bemängelt, dass auf den Durchschnittswert von 25 % und nicht auf die höhere Einschränkung von 30 % abgestellt worden sei. Gibt ein medizinischer Sachverständiger bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung eine Bandbreite (hier: 20-30 % arbeitsunfähig) an, ist es gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gerechtfertigt, den Mittelwert heranzuziehen, welcher von den beiden Extremwerten am wenigsten abweicht (Urteil des EVG vom 21. April 2005, I 822/04 E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Dezember 2007, 9C\_626/2007 E. 3.2 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin ist somit grundsätzlich zu Recht vom Mittelwert von 25 % ausgegangen.

2.5 Zu überprüfen bleibt, ob die Einschätzung des psychiatrischen Sachverständigen med. pract. M.\_\_\_\_ überzeugt. Seine Diagnose einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung stimmt mit den Diagnosen der Rehaklinik Bellikon vom Mai 2008 (leichte Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt), von Dr. G.\_\_\_\_ vom November 2009 (Anpassungsstörung) und der behandelnden Psychiaterin Dr. K.\_\_\_\_ vom Juni 2011 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig) grundsätzlich überein. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat med.



pract. M.\_\_\_\_ eine akzentuierte Persönlichkeit mit passiv-aggressiven und narzisstischen Zügen angeben. Eine andauernde Persönlichkeitsstörung könne er mangels relevanter Vorbefunde nicht attestieren. Diese Diagnose wird von Dr. G.\_\_\_\_ gestützt. Wie med. pract. M.\_\_\_\_ hat auch Dr. G.\_\_\_\_ dieser akzentuierten Persönlichkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt. Dr. K.\_\_\_\_ hat im Juni 2011 den Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Begründet hat sie diesen Verdacht jedoch nicht näher. Zudem hat die Klinik Gais im Januar 2013 nicht einmal mehr den Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsstörung geäussert. Es ist daher überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer nicht an einer andauernden Persönlichkeitsstörung leidet. Med. pract. M.\_\_\_\_ hat weiter angegeben, keine somatoforme Schmerzstörung attestieren zu können, da der Beschwerdeführer deutlich aggraviert, d.h. bewusst schwere Schmerzen geäussert habe, die nicht hätten objektiviert werden können und die er nicht durchgehend gezeigt habe. Auch diese Einschätzung von med. pract. M.\_\_\_\_ überzeugt: Denn aus der Sicht eines medizinischen Laien erscheint es bei einer versicherten Person, die bei der Untersuchung dermassen aggraviert und dermassen Inkonsistenzen gezeigt hat wie der Beschwerdeführer, nahezu unmöglich, abzugrenzen, welche Schmerzen sie nun tatsächlich verspürt und welche sie (unbewusst und/oder bewusst) vorgibt. Die Klinik Gais hat dem Beschwerdeführer im Januar 2013 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Allerdings stimmen die objektiven Befunde, welche die Klinik Gais erhoben hat, im Wesentlichen mit jenen der MEDAS-Sachverständigen überein, woraus geschlossen werden kann, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischenzeitlich nicht (in relevanter Weise) verschlechtert hat. Die von der Klinik Gais angegebene Diagnose einer chronischen Schmerzstörung ändert somit nichts daran, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in weiten Teilen nicht durch objektivierbare pathologische Befunde belegbar sind. Die Klinik Gais hat die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum 18. Januar 2013 auf 100 % geschätzt. Ab wann diese Einschätzung gilt, ist dem Bericht nicht zu entnehmen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sie für die Zeit ab dem Klinikeintritt, d.h. ab dem 29. November 2012, gilt, da behandelnde Ärzte in der Regel nur Arbeitsunfähigkeitsatteste für den Behandlungszeitraum ausstellen. Die Arbeitsfähigkeitschätzung der Klinik Gais bezieht sich folglich auf einen Zeitraum nach Verfügungserlass. Dr. K.\_\_\_\_ hat im Bericht



vom Juni 2011 erklärt, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, wobei sie dabei auch die "zahlreichen körperlichen Limitierungen" miteinbezogen hat. Wie hoch sie die rein psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit einschätzt, geht aus ihrem Bericht nicht hervor. Med. pract. M.\_\_\_\_ hat angegeben, dass die zumutbare Willensanstrengung aufgrund der depressiven Störung leichtgradig eingeschränkt sei, und dem Beschwerdeführer in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20-30 % attestiert. Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort geltend gemacht, dass auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von med. pract. M.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne, da eine leichte bis mittelgradige Depression rechtsprechungsgemäss therapeutisch angebar sei und die depressive Symptomatik in nicht unerheblicher Weise von grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden psychosozialen Belastungsfaktoren geprägt sei und aufrechterhalten werde. Ausserdem sprächen die deutliche Aggravation, die Rentenbegehrlichkeit sowie die erhebliche Diskrepanz im Verhalten bei der klinischen Untersuchung in beobachteten und abgelenkten Situationen deutlich für eine willentliche Überwindbarkeit der subjektiv erlebten Schmerzen. Letzteres Argument ist nicht stichhaltig, da vorliegend keine somatoforme Schmerzstörung attestiert worden ist bzw. die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lediglich mit der depressiven Störung begründet worden ist. Der Beschwerdeführer hat sich im Verfügungszeitpunkt bereits seit mehreren Jahren (seit Januar 2008) in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befunden. Trotzdem hat sich die depressive Symptomatik nicht verbessert. Seitens der Klinik Gais wurde im Januar 2013 erklärt, dass die depressiv ängstliche Symptomatik trotz des stationären Aufenthalts weitgehend unverändert geblieben sei (act. G 7.1 Beilage 3 S. 3). Zudem hat med. pract. M.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass die psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung zwar indiziert sei, eine Therapie bei einer narzisstischen und passiv-aggressiven Persönlichkeit jedoch schwierig durchführbar sei (IV-act. 182-35). Insgesamt muss daher davon ausgegangen werden, dass psychotherapeutische Massnahmen zumindest kurz- bis mittelfristig keine Verbesserung des Zustandsbildes bewirken werden. Weiter hat med. pract. M.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten erklärt, dass neben der depressiven Symptomatik IV-fremde Gründe wie Trennung von der Familie, finanzielle Situation, Wunsch nach IV-Rente und soziokulturelle Eigenheiten vorlägen (S. 34 des Gutachtens). Es liegt daher auf der



Hand, dass med. pract. M.\_\_\_\_ als erfahrener MEDAS-Gutachter diese IV-fremden Faktoren bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert hat. Als depressive Symptome hat er eine herabgesetzte Grundstimmung, eine erniedrigte Lebenslust und Lebensfreude, Ängste, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Angespanntheit angegeben. Zudem hat er explizit darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer auch in der psychiatrischen Untersuchung eine Verdeutlichungstendenz gezeigt habe und sich als sehr krank habe darstellen wollen. Es kann daher auch davon ausgegangen werden, dass med. pract. M.\_\_\_\_ diese Verdeutlichungstendenzen bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert hat. Auf seine Arbeitsfähigkeitsschätzung kann daher abgestellt werden. Hingegen überzeugt die Festlegung des Eintritts der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit auf November 2007, d.h. den Zeitpunkt des Auffahrunfalls, nicht. Zwar befindet sich der Beschwerdeführer offenbar seit Januar 2008 in ambulanter Behandlung (siehe S. 2 des Gutachtens von Dr. G.\_\_\_\_, Suva-Fremdakten). Hierzu liegen jedoch keine Berichte bei den Akten. Die Rehaklinik Bellikon und Dr. G.\_\_\_\_ haben im Mai 2008 bzw. im November 2009 keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Im Januar 2010 hat sich der Beschwerdeführer in eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. K.\_\_\_\_ begeben, welche dem Beschwerdeführer ab Behandlungsbeginn eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bescheinigt hat. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen (um 20-30 %) ist folglich erst ab Januar 2010 bewiesen.

3.

3.1 Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 125 V 58 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C\_590/2014 E. 5.1). Der frühestmögliche



Rentenbeginn wäre vorliegend, unter Berücksichtigung des Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG, der 1. Januar 2011, da die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit frühestens im Januar 2010 eingetreten ist. Der Beschwerdeführer hat bis zum Unfall im November 2007 als Produktionsmitarbeiter gearbeitet und gemäss dem IK-Auszug im Jahr 2006 ein Einkommen von Fr. 64'550.-- erzielt. Angepasst an die Nominallohnentwicklung hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2011 ein Einkommen von Fr. 69'582.-- verdient (Indexpunkte 2006: 2014, Indexpunkte 2011: 2171, Lohnentwicklung 2012 des Bundesamtes für Statistik, T 39, Männer). Das Valideneinkommen beträgt folglich Fr. 69'582.--.

3.2 Wie in Erw. 2.3.7 ausgeführt, ist der Beschwerdeführer in der Tätigkeit als Industrie- bzw. Metallarbeiter mindestens bis zur Operation im Februar 2012 aus somatischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Unklar bleibt, ob es sich bei der erlernten Tätigkeit auch nach der Operation, d.h. ab Februar 2012, noch um eine (ideal)adaptierte Tätigkeit gehandelt hat. Da es keinen Einfluss auf den Rentenentscheid hat, ob es sich bei der Invalidenkarriere um eine Tätigkeit als Industrie- bzw. Metallarbeiter handelt oder um eine (statistisch durchschnittlich schlechter bezahlte) Hilfsarbeit, wird das Invalideneinkommen der Einfachheit halber für den gesamten Zeitraum anhand des Tabellenlohns für Hilfsarbeiter bestimmt. Dies erscheint sachgerecht, da der Beschwerdeführer keine richtige Berufslehre, sondern "lediglich" eine einjährige Ausbildung zum Industriearbeiter absolviert hat und er gemäss med. pract. M. \_\_\_ zudem nur einfache, nicht verantwortungsvolle Arbeiten mit wenigen Schritten ausführen kann (siehe S. 35 des Gutachtens). Der durchschnittliche Lohn eines Hilfsarbeiters hat im Jahr 2011 Fr. 61'910.-- betragen (siehe Anhang 2: Lohnentwicklung, IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Ob und in welcher Höhe statistische Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalles ab, die nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juli 2014, 8C\_97/2014 E. 2.2 mit Hinweis). Der Rechtsvertreter hat geltend gemacht, dass dem Beschwerdeführer mindestens ein Tabellenlohnabzug von 10 % zu gewähren sei. Zur Begründung hat er angeführt, dass der Beschwerdeführer ein erhöhtes Krankheits- und Ausfallrisiko aufweise. Teilzeit arbeitende Männer würden zudem statistisch gesehen deutlich schlechter entlohnt als in Vollzeit tätige Männer. Der Beschwerdeführer könne keine körperliche Schwerarbeit mehr verrichten und sei



nun auch in einer leichteren Arbeit nicht mehr voll arbeitsfähig. Weshalb der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer leichten Tätigkeit krankheitsbedingt öfters fehlen sollte als ein durchschnittlicher Arbeitnehmer, ist insbesondere in Anbetracht der geringen objektivierbaren Beschwerden nicht ersichtlich. Betreffend die psychischen Probleme ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mithilfe regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischen Sitzungen und des reduzierten Arbeitspensums seinen Zustand stabil halten kann und folglich keine regelmässigen Arbeitsausfälle verzeichnen muss. Dies insbesondere auch deshalb, weil med. pract. M. \_\_\_ beim Beschwerdeführer keine Antriebsstörungen festgestellt hat. Auch ein Teilzeitabzug ist nicht angezeigt: Gemäss der LSE haben Hilfsarbeiter mit einem Pensum von 75 % im Durchschnitt weder im Jahr 2010 noch im Jahr 2012 verhältnismässig weniger verdient als vollzeittätige Hilfsarbeiter (siehe Anhang zum IV-Rundschreiben Nr. 328, S. 4 f.; für das Jahr 2011 fehlt eine solche Statistik). Das letzte Argument des Rechtsvertreters ist schon deshalb nicht stichhaltig, weil es – sollte es sich bei der angestammten Tätigkeit nicht ohnehin um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit handeln – zumindest Arbeitsstellen in der angestammten Tätigkeit als Industriearbeiter gibt, die keine schwere körperliche Arbeit verlangen. Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge zu Recht keinen Tabellenlohnabzug vorgenommen. Das Invalideneinkommen beträgt folglich Fr. 46'433.-- (75 % von Fr. 61'910.--) und der IV-Grad 33 %.

3.3 Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

3.4 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird angerechnet. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird daran angerechnet.