



Fall-Nr.: IV 2013/225
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2020
Entscheiddatum: 03.09.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 03.09.2014

Art. 28 IVG. Invalidenrente bei einem selbstständig erwerbenden Gastronomen. Abstellen auf die beiden MEDAS-Gutachten (E. 2.5 und 2.6). Für die Bemessung der Invalidität wird auf einen Prozentvergleich (Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit) abgestellt, nachdem auch in einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit (und damit unter Anwendung der LSE) kein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden könnte (E. 2.9). (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. September 2014, IV 2013/225).

Entscheid Versicherungsgericht, 03.09.2014

Versicherungsrichterinnen Marie Löhner (Vorsitz) und Lisbeth Mattle Frei, a.o.
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

Entscheid vom 3. September 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christian Haag, Häfliger Haag Häfliger,
Schwanenplatz 7, Postfach 6756, 6000 Luzern 6,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 20. Oktober 2007 (Eingang SVA: 28. November 2007) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Rente) an. Dabei gab er an, er leide an Fibromyalgie, Depressionen, diversen Problemen am Bewegungsapparat sowie an den Füssen und Handgelenken (act. G 4.1/1). Mit "Beiblatt zur IV-Anmeldung" (Eingang trotz mehrfacher Nachfrage erst am 30. März 2009) führte der Hausarzt Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin, aus, der Versicherte leide an einem Fibromyalgiesyndrom mit vegetativen Begleitbeschwerden und einem Verdacht auf eine depressive Stimmungslage. Im Weiteren diagnostizierte er ein chronisches schweres generalisiertes Schmerzsyndrom mit u.a. einem chronischen zervikospondylo-genen Syndrom, Wirbelsäulenfehlhaltung und Fehlf orm mit Hyperlordose und Hyperkyphose, degenerativen Veränderungen (Osteochondrose) und Zustand nach Distorsion der HWS, Keil deformität der unteren Brustwirbelsäule und Knick-Senk-Spreizfuss. Die Schmerzen seien belastungsabhängig. Nach einem vollen Arbeitstag in der Küche und im Service (seines Restaurants) müsse der Versicherte die Arbeit wegen der Schmerzexazerbation für ein oder zwei Tage ruhen lassen. Mehr als 50 % könne er seiner Arbeit als Koch nicht nachgehen. In Zukunft sei eher mit einer Verschlechterung zu rechnen (act. G 4.1/42). Den Akten der Taggeldversicherung liegt sodann ein Bericht der Klinik C.____ vom 2. April 2007 über einen stationären Aufenthalt vom 14. August bis 29. September 2006 bei. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (F33.11) sowie eine Fibromyalgie. Über den Grad der Arbeitsunfähigkeit nach Klinikaustritt konnte die Klinik retrospektiv keine genauen Angaben machen, ging aber von einer Einschränkung aus (act. G 4.1/23.29).



St.Galler Gerichte

A.b Am 25. Juli 2009 unterzog sich der Versicherte auf Grund eines Knick-/Plattfusses in der D.___-Klinik einer Arthroereisis Sinus tarsi rechts mit Schraubenosteosynthese des Os tibialis externum medialer Fuss rechts (act. G 4.1/68.5 ff.). In der Folge war er bis Ende 2009 zu 100 %, danach bis 26. März 2010 zu 80 % arbeitsunfähig geschrieben (act. G 4.1/71.2). Am 29. März 2010 berichtete der behandelnde Arzt der D.___-Klinik, Dr. med. E.___, FMH Chirurgie, an Dr. B.___, der Versicherte habe bisher eine Leistungsfähigkeit von 20 % erreicht (act. G 4.1/76).

A.c Am 22. September 2009 wurde eine Abklärung der Verhältnisse an Ort und Stelle (AOS) für Selbständigerwerbende durchgeführt. Diese ergab eine Arbeitsfähigkeit von 29 % (Invaliditätsgrad auf Grund Betätigungsvergleich 71 % [act. G 4.1/51.6 und 51.9]).

A.d Im Verlaufsbericht vom 26. Mai 2010 führte Dr. B.___ die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines schweren Knick-/Plattfusses rechts bei symptomatischem Os tibiale esternum, Insuffizienz des supromedialen Anteils des Spring-Ligamentes, Sinus tarsi-Impingement sowie konsekutiver Fehlhaltung Knie bis ISG rechts, einer muskulären Dysbalance, eines chronischen zervikospondylogenen Syndroms, eines Fibromyalgiesyndroms und einer intermittierenden depressiven Entgleisung auf. In seiner Tätigkeit als Koch sei der Versicherte praktisch zu 100 % eingeschränkt. Es seien aktuell nur wenige Stunden Präsenz pro Woche möglich. Als Gastronom bestehe eine um mindestens 80 % verminderte Leistungsfähigkeit. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe voraussichtlich bis Ende 2010, danach sei wegen der komplexen körperlichen Probleme eine berufliche Eingliederung höchstens zu 30 % möglich (act. G 4.1/82).

A.e Mit Verlaufsbericht vom 27. Juli 2010 meldete Dr. E.___ eine Verbesserung des Gesundheitszustands, indem sich der postoperativ aufgetretene Morbus Sudeck zurückgebildet habe. Auch habe die Schmerzmitteltherapie etwas reduziert werden können. Klinisch und radiologisch liege eine achsengerechte Stellung des rechten Fusses vor. Prognostisch könne nach weiterer Verbesserung der Knochenstruktur eventuell der linke Fuss angegangen werden, der noch immer eine starke Knick-/Senkfuss-stellung aufweise. Als Koch und im Service des Restaurationsbetriebs bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 - 75 % (act. G 4.1/83).



A.f Am 8. November 2010 wurde dem Versicherten mitgeteilt, es sei eine medizinische Abklärung notwendig (act. G 4.1/86). Diese wurde am 4. und 20. April 2011 durch die MEDAS Ostschweiz durchgeführt (rheumatologisch/psychiatrisch). Die Gutachter diagnostizierten (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) ein primäres Fibromyalgiesyndrom mit vegetativer Begleitsymptomatik, ein cervicovertebrales spondylogenes und lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ein chronisches belastungsabhängiges Schmerzsyndrom am rechten Fuss, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine depressive Störung schwankender Ausprägung, derzeit leichte Episode mit somatischem Syndrom. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als selbständiger Gastronom schätzten die Experten ab dem Begutachtungszeitpunkt auf 50 %. Dabei bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung von 20 % (reduziertes Rendement). Die höhere Einschätzung der Gesamtarbeitsunfähigkeit beruhe auf dem chronisch persistierenden Schmerzsyndrom des rechten Fusses nach operativem Eingriff mit kompliziertem Heilungsverlauf. Aus somatischer Sicht erscheine eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2009 und von 80 % ab Oktober 2010 plausibel. Die vom Hausarzt attestierte dauerhafte, mindestens 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit ab Oktober 2005 sei dagegen nicht nachvollziehbar. Der Versicherte sei in der bisherigen Tätigkeit als selbständiger Gastronom optimal eingegliedert. In anderen, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne ausschliesslich stehend/gehend ausgeführte Tätigkeiten bestehe gesamthaft eine (steigerungsfähige) Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. G 4.1/102.13 ff.).

A.g Mit Stellungnahme vom 26. September 2011 führte Dr. F.____, RAD Ostschweiz, aus, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter überzeuge nicht vollends. So sei nicht einleuchtend, dass die adaptierte Arbeitsfähigkeit gleich hoch sein soll wie die angestammte als Gastronom. Plausibel sei, dass bei administrativen (also leichten) Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht bestehe, was die Experten im Gutachten auch so ausführten. Demgegenüber seien bei der Beurteilung der angestammten Tätigkeit als Gastronom die unterschiedlichen Tätigkeitsprofile der verschiedenen Aufgaben zu wenig berücksichtigt worden. Da jedoch der Betätigungsvergleich vorliege, könne das Gutachten verwertet werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe auf Grund der leichten Depression nachvollziehbar eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Die Fibromyalgie sei per se nicht invalidisierend. Aus



St.Galler Gerichte

somatischer Sicht (Knick-Platffuss) sei zu berücksichtigen, dass nur 80 % der Tätigkeiten als Gastronom körperlich anspruchsvoll seien. 20 % seien adaptiert. Demzufolge ergebe sich ab April 2011 eine Einschränkung als Gastronom von lediglich 40 % (50 % von 80 %). Adaptiert, wie etwa Betriebsführung, Gästebetreuung oder medizinisch-theoretische, leichte Wechselbelastung ohne längere Gehstrecken oder längeres Stehen, ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ab Oktober 2010 und von 100 % ab April 2011. Polydisziplinär sei somit von einer Arbeitsfähigkeit angestammt von 60 %, adaptiert von 80 % auszugehen. Der Gesundheitszustand habe sich aber nach der Begutachtung insofern verschlechtert, als im Juni 2011 eine Radikulopathie C8 rechts bei Diskushernie C7/Th1 klinisch manifest geworden sei. Es bestehe somit ein instabiler Gesundheitszustand (act. G 4.1/109).

A.h In der Folge holte die IV-Stelle St. Gallen weitere Arztberichte bei den behandelnden Ärzten ein. Dr. med. G.____, Facharzt Neurologie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 11. November 2011 rezidivierende Depressionen sowie einen "Weichteilrheumatismus", beide seit Jahren bestehend. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Radikulopathie C8 rechts, bestehend seit Sommer 2011. Von neurologischer Seite, auf Grundlage der Radikulopathie C8 beständen derzeit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (act. G 4.1/117.1 f.). Dr. B.____ führte in seinem Bericht vom 24. November 2011 auf, der Versicherte leide unter anderem an einem chronischen Schmerzsyndrom mit neu einer Radikulopathie C8 rechts mit kleinem intraforaminalem Bandscheibenvorfall BWK 7/8 rechts sowie einer schweren psychischen Dekompensation bei chronischem Schmerzsyndrom und schwieriger sozialer Situation. Durch die anhaltende Schmerzproblematik von Seiten des Fusses und der symptomatischen Bandscheibenproblematik habe sich auch die depressive Symptomatik dramatisch verschlechtert, was sich in einer absoluten Hilflosigkeit bis zur Suizidalität manifestiere. Damit habe sich die Arbeitsfähigkeit auf null reduziert (act. G 4.1/121). Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. Januar 2012 eine rezidivierende Depression, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) sowie "somatische Erkrankungen". Die somatischen Probleme ständen im Vordergrund. Diese wirkten sich aber verstärkend auf die depressive Symptomatik aus. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Versicherten die bisherige Tätigkeit zurzeit im Umfang von ca. 30 - 50 % zumutbar (act. G 4.1/131).



A.i Am 12. April 2012 wurde dem Versicherten mitgeteilt, die Abklärung der Leistungsansprüche bedürfe einer polydisziplinären medizinischen Verlaufsbeurteilung (act. G 4.1/134). Am 22. November 2012 erstattete die MEDAS Ostschweiz, gestützt auf ihre Untersuchungen vom 6. und 9. August 2012, ihr rheumatologisch-neurologisch-psychiatrisches Gutachten. Polydisziplinär ergaben sich die Diagnosen eines chronischen fibromyalgiformen Schmerzsyndroms (M54.9) mit/bei u.a. vegetativer Begleitsymptomatik, nichtorganneurologischen Sensibilitätsstörungen Arm links und Bein links, bewegungs-/belastungskorrelierten Cervikalgien und Lumbalgien sowie Status nach Cervikobrachialgie rechts, eines chronischen belastungsabhängigen Schmerzsyndroms (M79.6) Fuss rechts bei/nach Arthroereisis mit Hypocure und Fusion des Os tibiale externum rechts wegen dekompenziertem Knick-/Plattfuss rechts mit symptomatischem Os tibiale externum, Insuffizienz des supramedialen Anteils des Springligaments und Impingement des Sinus tarsi rechts. Die Gutachter schätzten die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gastronom erneut mit 50 % ein. In körperlich leichten, wechselbelastenden, überwiegend sitzend ausgeführten beruflichen Tätigkeiten ohne repetitives Heben/Tragen grösserer Lasten (>10kg) betrage die Einschränkung aus polydisziplinärer Sicht 30 % bis höchstens 40 % (act. G 4.1/152.25 ff.).

A.j Mit erneuter Stellungnahme vom 4. Dezember 2012 führte der RAD aus, in Bezug auf die angestammte Tätigkeit gelte das bereits in der Stellungnahme vom 26. September 2011 Gesagte. In Bezug auf eine adaptierte Tätigkeit sei im Gutachten vom 9. September 2011 ausdrücklich festgehalten worden, dass in administrativen Tätigkeiten aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Demgegenüber werde im aktuellen Gutachten, bei leicht verbessertem Gesundheitszustand, eine solche von 30 - 40 % zugestanden. Dieser Widerspruch löse sich teilweise dadurch auf, dass die Gutachter diese Angaben auf eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit beziehen. Massgeblich für die Rentenprüfung sei jedoch die Arbeitsfähigkeit in leichten Tätigkeiten. Polydisziplinär sei somit von einer Arbeitsfähigkeit adaptiert von 100 % auszugehen (act. G 4.1/153).

A.k Mit Vorbescheid vom 13. Dezember 2012 teilte die IV-Stelle St. Gallen dem Versicherten mit, er habe bei einem Invaliditätsgrad von 14 % keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (act. G 4.1/157).



St.Galler Gerichte

A.l Mit Einwand vom 4. Februar 2013 machte der damalige Rechtsvertreter des Versicherten geltend, der RAD habe den Gutachtern der MEDAS keine Fehler nachweisen können, weshalb nicht vom Gutachten abgewichen werden dürfe. Ausserdem wird der Einkommensvergleich bemängelt (act. G 4.1/160).

A.m Mit Verfügung vom 16. April 2013 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab. Die Begründung folgte im Wesentlichen den Ausführungen des RAD vom 4. Dezember 2012 (act. G 4.1/162).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 16. Mai 2013 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Dem Beschwerdeführer sei sodann ab Oktober 2006 eine halbe, ab Juli 2009 eine ganze und ab November 2012 eine Dreiviertelsrente auszurichten. Die IV-Stelle habe den Sachverhalt nicht vollständig abklären lassen. So habe die IV-Stelle die Psychiater, die den Beschwerdeführer nach den Suizidversuchen in den Jahren 2003 und 2007 behandelt hätten, nicht um Berichterstattung ersucht. Es fehlten auch die Berichte über die Hospitalisation in der Klinik I.____ und über den im Februar 2004 erlittenen Verkehrsunfall. Die MEDAS habe sich gemäss Auftrag nicht mit den Auswirkungen der auf das Jahr 2003 zurückgehenden Arbeitsunfähigkeit befassen müssen. Das psychiatrische Teilgutachten sei ohne Beweiswert, habe doch der Gutachter eine Exploration unterlassen. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung bestehe sodann kein Recht des Versicherungsträgers, eine second opinion zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passe. Vielmehr wären Zweifel mit den Verfassern des ersten Gutachtens zu klären gewesen. Das Bundesgericht habe ausserdem festgestellt, dass den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen nicht dieselbe Beweiskraft zukomme wie einem gerichtlichen oder in einem Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Der Beweiswert der Beurteilung des RAD-Arzt sei somit bescheiden, zumal er den Gutachtern keine fachlichen Fehler habe nachweisen können. Im Weiteren sei auch der Einkommensvergleich fehlerhaft. Es sei von einem Valideneinkommen von Fr. 87'983.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 31'724.-- auszugehen. Dies ergebe einen Invaliditätsgrad von 64 %, womit der



Beschwerdeführer ab September 2011 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 14. August 2013 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Angesichts von zwei durchgeführten MEDAS-Begutachtungen erscheine der Sachverhalt genügend abgeklärt. In somatischer Hinsicht stehe fest, dass beim Beschwerdeführer weder schwere degenerative Änderungen ausgewiesen seien, noch Instabilitäten oder eine ausgeprägte Fehlstatik vorlägen. Bei diesen Gegebenheiten sei mit dem RAD zu schliessen, dass in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne längeres Stehen oder Gehen keine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit infolge eines körperlichen Leidens begründet werden könne, zumal auch im Bereich des operierten rechten Fusses keine ausgeprägten Befunden vorlägen. Die leichtgradige depressive Störung erreiche, selbst wenn sie als selbstständiges, von der Schmerzstörung losgelöstes Leiden anzusehen wäre, nicht die erforderliche Schwere, Ausprägung und Dauer. Die übrigen Kriterien, die eine ausnahmsweise Unüberwindbarkeit der Schmerzstörung begründen könnten, seien ebenfalls nicht erfüllt. Es liege somit keine iv-rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen vor. In Bezug auf den Verlauf sei aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2009 und von 80 % ab Oktober 2010 nachvollziehbar. Ab dem Zeitpunkt des ersten Gutachtens lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit über 50 % nicht mehr begründen. Die beiden Expertisen seien in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt beweiskräftig. Entgegen den gutachterlichen Schlussfolgerungen sei der Beschwerdeführer aber in einer somatischerseits optimal angepassten Tätigkeit als vollständig arbeitsfähig zu betrachten. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 83'136.-- und einem Invalideneinkommen in einer unselbstständigen Tätigkeit von Fr. 61'414.-- ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 26 %, woraus kein Rentenanspruch resultiere (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 23. September 2013 hält der Beschwerdeführer an seiner Kritik betreffend Sachverhaltsabklärung fest. Die beiden Suizidversuche 2003 und 2007 seien keine Bagatellen gewesen. Ebenso sei die 6-wöchige Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik im Jahr 2007 in Bezug auf den psychiatrischen Verlauf entscheidend gewesen. Dabei handle es sich um wesentliche Aspekte der Krankengeschichte. Es werde weiter bestritten, dass die depressive Störung keine



psychiatrische Komorbidität nach Foerster darstelle. So könne auch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode eine iv-rechtlich relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bewirken. Sodann lägen beim Beschwerdeführer unbefriedigende Behandlungsergebnisse, chronische körperliche Begleiterkrankungen und ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik vor. Betreffend Einkommensvergleich sei gar von einem Valideneinkommen von Fr. 91'000.--, eventualiter mindestens von dem von der Beschwerdegegnerin zugestandenen Einkommen von Fr. 83'136.-- auszugehen. Bezüglich des Invalideneinkommens werde die Zumutbarkeit der Berufsaufgabe bestritten, habe der Beschwerdeführer doch nur Berufserfahrung in der Gastronomie und verfüge über keine abgeschlossene Berufslehre. Selbst wenn auf das Tabelleneinkommen abzustellen wäre, wäre ein Leidensabzug von 15 % zu gewähren. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 91'000.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 30'718.-- ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 66 % und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 11).

Erwägungen:

1.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. 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 der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Ein Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht gemäss Rechtsprechung nicht (BGE 135 V 465).

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte ihre abweisende Verfügung in medizinischer Sicht insbesondere auf das MEDAS-Verlaufsgutachten vom 22. November 2012 ab. Darin diagnostizierten die Experten ein chronisches fibromyalgieformes Schmerzsyndrom (M54.9) mit/bei unter anderem vegetativer Begleitsymptomatik, nicht organoneurologischen Sensibilitätsstörungen Arm links und Bein links, bewegungs- und belastungskorrelierten Cervikalgien und Lumbalgien, anamnestisch intermittierenden



Cervikocephalgien und Status nach Cervikobrachialgie rechts nach Remission nach PRT der Nervenwurzel C8 rechts im August 2011 sowie ein chronisches belastungsabhängiges Schmerzsyndrom (M79.6) am Fuss rechts bei/nach Arthroereisis mit Hypocure und Fusion des Os tibiale externum rechts wegen dekompenziertem Knick-/Platffuss rechts mit symptomatischem Os tibiale externum, Insuffizienz des supramedialen Anteils des Springligaments und Impingement des Sinus tarsi rechts, postoperativem CRPS I (Morbus Sudeck). Relevante psychiatrische Diagnosen konnten keine gestellt werden (act. G 4.1/152.25 f.). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung wich die Beschwerdegegnerin gemäss Angaben von Dr. F.____, RAD Ostschweiz, von den Angaben des Gutachtens ab.

2.2 Zunächst ist auf den Vorwurf des Beschwerdeführers der unvollständigen Sachverhaltsabklärung einzugehen. Diesbezüglich moniert der Rechtsvertreter, den Gutachtern hätten die Unterlagen über die beiden Suizidversuche in den Jahren 2003 und 2007 sowie der Bericht über die Hospitalisation vom 15. Oktober bis 29. November 2007 in der psychiatrischen Klinik gefehlt. Ebenso fehlten die Akten über die Auffahrkollision, die der Beschwerdeführer im Februar 2004 erlitten habe. Mit der Beschwerdegegnerin ist jedoch davon auszugehen, dass der Sachverhalt genügend abgeklärt ist. So war dem psychiatrischen Gutachter die Vorgeschichte im Wesentlichen bekannt. Im Gutachten vom 9. September 2011 wird im Aktenverzeichnis (act. G 4.1/102.6) nebst dem Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 3. Oktober 2006 betreffend die Hospitalisation vom 14. August bis zum 26. September 2006 (vgl. act. G 4.1/68.1), auch ein Bericht dieser Klinik vom 2. April 2007 erwähnt. Darin beschreibt die Klinik auch den Suizidversuch im Jahr 2003 (vgl. act. G 4.1/23.29). Der Bericht der gleichen Klinik vom 3. Dezember 2007 über die Hospitalisation vom 15. Oktober bis zum 29. November 2007 liegt zwar nicht bei den IV-Akten. Der Beschwerdeführer brachte ihn aber anlässlich der ersten psychiatrischen Begutachtung selber mit, sodass dem Experten dessen Inhalt bekannt war (act. G 4.1/102.10). Nicht bekannt war dem Experten offenbar ein Bericht der Klinik I.____ betreffend den stationären Aufenthalt vom 28. September bis zum 2. Oktober 2007 (vgl. act. G 4.1/131.1) sowie allfällige Berichte der ambulant behandelnden Ärzte Dr. med. J.____ sowie Dr. med. K.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Trotzdem ist davon auszugehen, dass sich Dr. L.____ betreffend den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ein umfassendes Bild machen konnte und insbesondere über die drei Suizidversuche samt



den jeweils folgenden Hospitalisation - auch jener in der Klinik I.____ - im Bild war, wie er auch in seinem Konsiliargutachten erwähnte (vgl. act. G 4.1/102.12). Betreffend den Unfall im Jahr 2004 diagnostizierte Dr. B.____ einen Zustand nach Distorsion HWS, wie auch den Experten bekannt war (act. G 4.1/42.1, 102.7 und 102.14). Die Klinik Z.____ führte in ihrem Bericht vom 18. Oktober 2005 dazu aus, dass nach dem HWS-Distorsionstrauma im Februar 2004 (gemäss Patientenangabe) viele Monate Beschwerdefreiheit bestanden habe, welcher Bericht den Experten ebenfalls bekannt war (act. G 4.1/62.1 und 102.5). Dr. B.____ führte in seinem Verlaufsbericht vom 26. Mai 2010 den Status nach HWS-Distorsionstrauma nicht mehr auf und mass diesem auch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (act. G 4.1/82.5). Ansonsten gibt es in den Akten soweit ersichtlich keine Hinweise auf eine stattgefundene Behandlung, geschweige denn auf eine im Zeitpunkt der Begutachtung noch vorhandene einschränkende Wirkung dieser Unfallfolgen, welche den Gutachtern nicht bekannt gewesen wäre. Der Rechtsvertreter gibt denn auch nicht konkret an, welche diesbezüglichen Berichte den Experten nicht vorgelegen haben sollen. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführt, kann schliesslich unter dem Gesichtswinkel der bundesrechtlichen Anforderungen an die Beweiskraft einer fachärztlichen Expertise nicht verlangt werden, dass den begutachtenden Ärzten stets sämtliche bei irgendeiner Versicherung oder bei irgendeiner medizinischen Fachperson allenfalls vorhandenen Akten vorliegen müssen, würde doch sonst die Durchführung einer rechtskonformen Begutachtung massiv erschwert und in vielen Fällen gar verunmöglicht (Bundesgerichtsurteil 8C_924/2008 vom 8. April 2009 E. 3.3 mit Hinweis auf Urteil 9C_174/2007 vom 22. Juni 2007). Vorliegend ist nicht ersichtlich, dass die Gutachter einen wesentlichen Aspekt der Krankheitsgeschichte unberücksichtigt gelassen hätten, weshalb diesbezüglich nichts gegen die Verwendung der Administrativgutachten spricht.

2.3 Der Rechtsvertreter macht sodann geltend, die Beschwerdegegnerin habe nicht das in Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV vorgeschriebene Zufallsprinzip bei der Auswahl der Gutachterstelle durchgeführt, da sie eine Verlaufsbeurteilung habe durchführen wollen. Diese Absicht sei jedoch der MEDAS nicht mitgeteilt worden. So sei dieses Mal anstelle des beim ersten Gutachten beteiligten Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, PD Dr. med. M.____, deutscher Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie zum Zuge gekommen. Dieser habe auf eine



eigentliche psychiatrische Exploration verzichtet und habe demzufolge auf diesem Gebiet keine Diagnosen eruieren können. Dies trifft jedoch nachweislich nicht zu. Dr. M.____ übernahm neu die neurologische Untersuchung, während Dr. N.____ und Dr. L.____ wie zuvor die allgemeine/rheumatologische und die psychiatrische Begutachtung übernahmen (vgl. auch act. G 4.1/140). Der MEDAS Ostschweiz wurde in der Auftragserteilung mitgeteilt, dass es sich um eine Verlaufsbeurteilung handle (act. G 4.1/138.1). Dr. L.____ gab sodann an, dass ein auf Spanisch geführtes Explorationsgespräch von ca. 75 Minuten Dauer geführt worden sei (act. G 4.1/152.11). Dies entspricht der üblichen Dauer. Zudem begründete Dr. L.____ ausführlich, weshalb nach seiner Ansicht zum Untersuchungszeitpunkt keine psychische Erkrankung und demzufolge keine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen vorlag. Dass dem neurologischen Gutachter Dr. M.____, der auch über einen Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie FMH verfügt, anlässlich seiner neurologischen Exploration keine offensichtlichen psychischen Probleme aufgefallen sind, rundet das Bild nur ab (vgl. act. G 4.1/152.20).

2.4 Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, die MEDAS habe die geklagten cervikozephalen Schmerzen nicht abgeklärt. Wegen anhaltender Schmerzen im rechten Arm und Dysästhesien der ulnaren Finger rechts habe der Hausarzt im Mai 2011 eine Überweisung an Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, veranlasst. Die neurologische Untersuchung und die vom Neurologen veranlasste MRI-Untersuchung der HWS hätten gemäss Bericht Dr. G.____ vom 5. Juli 2011 den Nachweis einer neuroforaminalen Diskushernie C7/Th1 rechts ergeben. Die Behandlung sei mit NSAR, Analgetika, Oxycontin und Physiotherapie erfolgt, habe aber keine nachhaltige Besserung gezeigt (vgl. act. G 4.1/17.4 f.). Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass Dr. G.____ der von ihm im genannten Bericht diagnostizierten Radikulopathie C8 rechts mit kleinem intraforaminalen Bandscheibenvorfall BWK7 (richtig wohl: HWK7)/BWK1 selber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen hat (act. G 4.1/117.1 f.). Der neurologische Gutachter führte sodann explizit an, dass sich in der Untersuchung kein Hinweis für eine C7/8-Symptomatik finde, so sei insbesondere der TSR (Triplexsehnenreflex) gut auslösbar. Es beständen keine Atrophien der kleinen Handmuskulatur, die Fingerab- und -adduktionsmuskulatur sowie der Musculus digiti minimi seien regelrecht innerviert. Das Adson- und Abduktionsmanöver lösten keine Kribbeldysästhesien oder Sensibilitätsdefizite aus. Auch träten keine Paresen oder ein



Pulsdefizit auf (act. G 4.1/152.20). Mithin trifft nicht zu, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schmerzen am rechten Arm und Dysästhesien der ulnaren Finger rechts nicht untersucht worden wären.

2.5 Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass das Gutachten in Bezug auf die Diagnosestellung vollständig erscheint, stützen sich doch dabei die Experten auf die (wesentliche) Kenntnis der Anamnese, auf vollständige eigene Untersuchungen und haben auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt. Schliesslich steht die Diagnosestellung nicht im wesentlichen Widerspruch zu den behandelnden Ärzten. So attestierte auch Dr. B. ___ in seinem Bericht vom 24. November 2011, der Anlass für die Neubegutachtung war, dass das erste MEDAS-Gutachten die gesamte Grundproblematik sehr genau erfasst und beurteilt habe (act. G 4.1/129.1). Die von ihm in diesem Schreiben neu genannte C8-Radikulopathie rechts sowie die schwere psychische Dekompensation konnten die Gutachter dagegen mit entsprechender Begründung nicht verifizieren. Weiter geht auch der behandelnde Psychiater davon aus, dass die somatischen Probleme im Vordergrund ständen (act. G 4.1/131.3). Dr. G. ___ ging schliesslich im November 2011, wie gesagt, ebenfalls von einer Remission der C8-Radikulopathie aus (act. G 4.1/117.1 f.).

2.6 In Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung weicht die Beschwerdegegnerin von der Schätzung der Gutachter ab. So gehen die Gutachter gegenüber dem Erstgutachten unverändert von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit aus. In somatischer Hinsicht bestehe ab Juli 2009 eine volle, ab Oktober 2010 eine 80 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem Begutachtungszeitpunkt (April 2011) lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit über 50 % aus somatischer Sicht nicht mehr begründen. In psychiatrischer Sicht attestieren die Gutachter nur für die Dauer der Klinikaufenthalte vom 14. August bis zum 29. September 2006 sowie vom 15. Oktober bis zum 29. November 2007 jeweils eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. G 4.1/102.17). Der psychiatrische Gutachter attestierte in seinem Konsilium vom 27. April 2011 sodann eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 20 % seit 2005 (act. G 4.1/102.24). Demgegenüber sehen sie die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, überwiegend sitzend ausgeführten Tätigkeit mit der Möglichkeit einer Wechselposition und ohne repetitives Heben/Tragen grösserer Lasten bei einem Pensum von 60 bis 70 %. Dabei beruhe die quantitative Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit auf den



objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit in körperlich adaptierten Tätigkeiten spätestens ab März 2012 nicht (mehr) belegen (act. G 4.1/152.30). Im ersten Gutachten postulierten die Experten noch eine Einschränkung von 50 % in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne ausschliesslich stehend/gehend ausgeführte Tätigkeiten, was noch steigerungsfähig sei (act. G 4.1/102.17). Mit dem RAD ist zunächst festzustellen, dass in der angestammten Tätigkeit als Gastwirt von einer Einschränkung von lediglich 40 % (bzw. 45,5 %, wie gleich zu zeigen ist) auszugehen ist. So macht Dr. F.____ zu Recht darauf aufmerksam, dass die Gutachter im ersten Gutachten davon ausgingen, dass in administrativen Tätigkeiten aus somatischer Sicht keine Einschränkung bestehe (act. G 4.1/102.17). Die Einschränkung von 50 % bei der Gästebetreuung und bei Tätigkeiten in der Küche ergibt - nachdem diese gemäss Tätigkeitsvergleich 85 % ausmachen (Kochtätigkeit, Service und Gästebetreuung [act. G 4.1/51.6]) - somit nur 50 % von 85 % (= 42,5 %) aus. Die psychisch bedingte Einschränkung von 20 % besteht demgegenüber auch bei administrativen Tätigkeiten (act. G 4.1/102.17), so dass hier korrekterweise bis Februar 2012 von einer (zusätzlichen) Einschränkung von 3 % auszugehen ist (20 % von 15 %). Gesamthaft resultiert daraus eine Einschränkung von 45,5 %. Ab März 2012 ist keine psychische Beeinträchtigung mehr zu berücksichtigen, so dass von einer Einschränkung von 42,5 % auszugehen ist.

2.7 Bezüglich einer adaptierten Tätigkeit ging der RAD nach der ersten Begutachtung von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % aus, die sich aus der psychischen Einschränkung ergebe (act. G 4.1/109.4). Nach Vorliegen des Verlaufsgutachtens geht der RAD wegen der Remission der psychischen Einschränkung nunmehr von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus (act. G 4.1/153.3). Zwar ist mit Dr. F.____ festzustellen, dass die ursprünglich von den Experten angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit als hoch erscheint. Indessen kann entgegen Dr. F.____ nicht einfach von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. So bezieht sich das von ihm aufgeführte Zitat im Gutachten, wonach für administrative Tätigkeiten keine Einschränkung bestehe, ausdrücklich auf die angestammte Tätigkeit als selbstständig erwerbender Gastronom (act. G 4.1/102.17). In dieser Tätigkeit machte die Betriebsführung 15 % aus (act. G 4.1/51.6). Daraus kann jedoch nicht automatisch



der Schluss gezogen werden, dass bei einer ganztags ausgeübten administrativen Tätigkeit ebenfalls keine Einschränkung bestehen würde. Vielmehr sind administrative Tätigkeiten typischerweise Tätigkeiten, die vorwiegend, wenn nicht gar ausschliesslich sitzend ausgeübt werden. Der Beschwerdeführer benötigt aber infolge seines Schmerzsyndroms eine wechselbelastende Tätigkeit. Stehende und gehende Tätigkeiten sind aber wiederum wegen der Fussproblematik eingeschränkt, sodass plausibel erscheint, dass der Beschwerdeführer auch in einer leichten Tätigkeit eingeschränkt ist. Es besteht somit kein Anlass, von der gutachterlichen Schätzung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit abzuweichen, zumal die neuere Schätzung insofern nicht im Widerspruch zum ersten Gutachten steht, als von einem leicht gebesserten Gesundheitszustand auszugehen ist, und sich die Umschreibung - wie auch Dr. F.____ bemerkt - nur noch auf leichte, nicht mehr auch auf intermittierend mittelschwere Tätigkeiten bezieht (vgl. aber auch Gutachten, S. 29 [act. G 4.1/152.29], wo ebenfalls von einer gelegentlich mittelschweren Tätigkeit die Rede ist). Zusammenfassend ist somit mit Dr. F.____ von einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 20 % ab (Oktober) 2005 (während der Hospitalisationen August/September 2006 und Oktober/November 2007: 100%) und einer vollständigen Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht bis zur Fussoperation am 25. Juli 2009 auszugehen. Ab Juli 2009 ist sodann mit Dr. F.____ von einer vollständigen, ab Oktober 2010 von einer 80 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht auszugehen (alle Tätigkeiten; vgl. Aufstellung der Arbeitsfähigkeit gemäss Stellungnahme vom 26. September 2011 [act. G 4.1/109.4]). Ab April 2011 ist von einer Einschränkung von 45,5 % in der angestammten Tätigkeit und von 50 % in adaptierten Tätigkeiten auszugehen. Ab März 2012 ist schliesslich von einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 57,5 % und in einer adaptierten Tätigkeit von 65 % auszugehen, wobei die Gutachter für den leicht verbesserten somatischen Gesundheitszustand keinen genauen Zeitpunkt nennen.

2.8 Für die Bemessung des Valideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin zunächst von einem Wert von Fr. 64'385.-- aus. Dabei stützte sie sich auf die Lohnstrukturerhebung des Bundes (Bereich Gastronomie [Pos 56], Anforderungsniveau 2 [act. G 4.1/155.2 f.]). In der Beschwerdeantwort vom 14. August 2013 geht sie nunmehr von den in den Jahren 1998 bis 2004 tatsächlich erzielten (bzw. im IK verbuchten) Einkommen aus und passte die jeweiligen Einkommen der



Nominallohnentwicklung an. Auf diese Weise errechnete sie ein durchschnittliches Einkommen von Fr. 83'136.-- (act. G 4 S. 9). Demgegenüber beantragt der Beschwerdeführer, es sei von einem Valideneinkommen von Fr. 87'983.-- auszugehen, wobei er grundsätzlich von den gleichen Grundlagen (IK-Auszug) ausgeht, jedoch unter Ausschluss des Jahres 2004, ab welchem das Einkommen des Beschwerdeführers infolge des Unfalls und wegen der diversen Erkrankungen reduziert gewesen sei (act. G 1 S. 4). Allerdings nimmt er für 1998 irrtümlich ein Einkommen von Fr. 83'823.-- an, wurde doch der Betrag von Fr. 7'623.-- wieder ausgebucht (act. G 4.1/29.2). In der Replik vom 23. September 2013 möchte der Beschwerdeführer nur noch auf die Jahre 1998 bis 2002 abstellen, da das Einkommen bereits 2003 zu sinken begonnen habe. Somit sei von einem Valideneinkommen von Fr. 91'000.-- auszugehen (act. G 9 S. 4). Dem ist mit der Beschwerdegegnerin entgegen zu halten, dass das Einkommen auch vor Eintritt des Gesundheitsschadens stark schwankte. Es rechtfertigt sich somit, auf die von der Beschwerdegegnerin gewählte, und in Bezug auf deren Beginn nicht bestrittene Zeitspanne von 1998 bis 2004 gemäss IK-Auszug, und damit auf ein durchschnittliches Einkommen von Fr. 83'136.-- (inkl. Nominallohnentwicklung bis 2010), abzustellen, gibt doch auch der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung vom April 2011 an, dass die aktuellen Beschwerden 2005 begonnen hätten (act. G 4.1/102.2 und 102.21). Damit bleibt jedenfalls eine allfällige krankheitsbedingte Einkommenseinbusse ab 2005 ausgeklammert, wobei mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen ist, dass auch geschäftliche Fehlentscheide (Ausweitung auf zwei Restaurants mit entsprechender Vergrösserung der Kostenbasis) zu einem Gewinneinbruch geführt haben dürften. Ob sich dagegen bereits 2003 allfällige depressive Beschwerden auf den Geschäftsgang ausgewirkt haben, kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, gab es doch auch vor 2001 Jahre mit geringen (aber auch sehr hohen) Einkommen (act. G 4.1/29.1 f.). Selbst wenn man auf den Betriebsgewinn gemäss Erfolgsrechnung abstellen wollte, ergäbe sich für den Zeitraum von 2001 bis 2004 (also unter Ausschluss der verlustreichen Jahre 2005 bis 2007) ein Einkommen von lediglich rund Fr. 77'250.-- (Gewinn 2001 gerundet: Fr. 87'600.--; 2002: Fr. 86'200.--; 2003: 72'200.--; 2004: 63'000.-- [act. G 4.2/ Fremdakten]). Auch wenn man noch das Jahr 2000 einbezieht, in welchem der Beschwerdeführer ein Einkommen von gerundet Fr. 94'800.-- (inkl. [sich allerdings im Rahmen der übrigen Jahre bewegend] "ausserordentliche" Abschreibungen von



Fr. 41'756.--) angerechnet haben will (vgl. Beschwerde S. 4 und act. G 1.4), ergäbe sich ein durchschnittliches Einkommen von Fr. 80'760.-- (Gewinn 2000 gerundet: Fr. 94'800.-- [inkl. Abschreibungen]; 2001: Fr. 87'600.--; 2002: Fr. 86'200.--; 2003: 72'200.--; 2004: 63'000.--). Inwiefern die Abschreibungen im Jahr 2000 für Maschinen und Einrichtungen (Kto. 6900) in Höhe von Fr. 36'155.82 sowie Büromobiliar, Büro- und EDV-Geräte (Kto. 6920) in Höhe von Fr. 5'600.--, total Fr. 41'755.82 (act. G 1.4), allerdings ausserordentlich gewesen sein sollen, ist nicht ersichtlich, wurden doch auch in den nachfolgenden Jahren Abschreibungen in ähnlicher prozentualer Höhe getätigt (jeweils rund 25 % bei den Maschinen u. Einrichtungen bzw. rund 40 % beim Büromobiliar und EDV-Geräten [vgl. act. G 4.2/Fremdakten, Erfolgsrechnungen 2001 - 2007]). Nicht zulässig erscheint dagegen die vom Rechtsvertreter vorgenommene Vermischung von Einkommen gemäss IK und solchen gemäss Erfolgsrechnung. Insgesamt erscheint die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als Gesunder (Validenkarriere) - unter Ausklammerung einer (einmaligen) unternehmerischen Fehlentscheidung, die als nicht repräsentativ angesehen werden kann - mit einem Einkommen von Fr. 83'136.-- fair bewertet (Stand 2010), weshalb darauf abzustellen ist.

2.9 Beim Invalideneinkommen ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung von einem Wert von Fr. 61'776.-- aus und stützte sich dabei auf die Lohnstrukturhebung 2010 (wohl unter Aufrechnung der Teuerung bis 2011), Niveau 4, und gewährte einen Leidensabzug von 10 %, was einen Betrag von Fr. 55'598.-- ergab. In der Beschwerdeantwort vom 14. August 2013 macht sie nunmehr geltend, es sei kein Leidensabzug geschuldet, da der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten, körperlich leichten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sei. Es sei somit von einem Invalideneinkommen von Fr. 61'414.-- (2010) auszugehen. Demgegenüber macht der Beschwerdeführer in der Beschwerde geltend, das Tabelleneinkommen 2002 sei gemäss seiner Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit um 35 % zu reduzieren. Zudem sei ein Leidensabzug von 15 % vorzunehmen, sodass von einem Invalideneinkommen von Fr. 31'724.-- auszugehen sei. In der Replik vom 23. September 2013 bestreitet der Beschwerdeführer primär die Zumutbarkeit eines Berufswechsels, habe er doch nur noch wenig mehr als zehn Berufsjahre vor sich. Er verfüge über keine Berufslehre, habe aber mehr als 20 Jahre Berufserfahrung in der Gastronomie. Selbst wenn die LSE anwendbar wäre, müsste ein Leidensabzug



von 15 % berücksichtigt werden. Somit sei von einem Invalideneinkommen von Fr. 30'718.-- auszugehen, wobei der Rechtsvertreter hier wohl irrtümlich vom bereits um einen Leidensabzug von 10 % reduzierten Wert von Fr. 55'598.-- (gemäss Verfügung vom 16. April 2013) ausgeht, der dann - unter Berücksichtigung der Restarbeitsfähigkeit - (nochmals) um einen Leidensabzug von 15 % reduziert werden soll (act. G 9 S. 11). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann nach dem in vorstehender Erwägung 2.7 Gesagten nicht von einer vollständigen, sondern nur von einer 65 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden. Somit würde bei Abstellen auf den Tabellenlohn (2010, TA1, Total, kein Leidensabzug) selbst bei Anwendung von Niveau 3 (Fr. 5'909.-- : 40 x 41.6 x 12 = Fr. 73'744.-- x 65 % = Fr. 47'934.--) noch eine Viertelsrente resultieren ((Fr. 83'136.-- - Fr. 47'934.--) : Fr. 83'136.-- x 100 % = 42,3 %). Bei Zugrundelegung von Niveau 4 (Fr. 61'414.-- x 65 % = Fr. 39'919), wie dies die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort getan hat, würde sogar ein Anspruch auf eine halbe Rente resultieren ((Fr. 83'136.-- - Fr. 39'919.--) : Fr. 83'136.-- x 100 % = 52 %). Unter Zugrundelegung des Lohnes in der Gastronomie (Ziff. 56) würde selbst bei Anwendung von Niveau 1 + 2 (Jahreslohn: Fr. 5'108.-- x 12 : 40 x 41,6 x 65 % = Fr. 41'436.--) noch ein Anspruch auf eine halbe Rente resultieren ((Fr. 83'136.-- - Fr. 41'436.--) : Fr. 83'136.-- x 100 % = 50,1 %). Nachdem somit ein Wechsel in eine andere Tätigkeit nicht zu einer Schadenminderung führt, und der Beschwerdeführer zudem in seiner Tätigkeit als selbstständiger Gastronom optimal eingegliedert erscheint - wie dies auch von den Gutachtern attestiert wird (act. G 4.1/102.17) - kann vom Beschwerdeführer nicht die Aufnahme einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit verlangt werden. Dies steht schliesslich im Einklang damit, dass der Beschwerdeführer offenbar seit Januar 2013 als Geschäftsführer mit Einzelunterschrift das Restaurant O.____ in P.____ führt (vgl. Online-Handelsregisterauszug betreffend O.____ GmbH, abgerufen am 9. Juli 2014). Für den Grad der Einschränkung ist somit auf die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit abzustellen.

2.10 Nachdem der Beschwerdeführer am 25. Juli 2009 eine Arthroereisis am rechten Fuss durchführen lassen musste und ab diesem Datum eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten bestanden hatte, war die Bedingung einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % mit anschliessender Erwerbsunfähigkeit in mindestens gleicher Höhe (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG; vgl.



auch Urteil des Bundesgerichts vom 5. Mai 2011 [9C_996/2010] E. 7.1 mit Hinweis auf BGE 121 V 264 E. 6b/cc S. 274) im Oktober 2009 erfüllt ($[3 \times 100 \%] + [9 \times 20 \%] : 12 = 40 \%$). Der Beschwerdeführer hat somit ab dem 1. Oktober 2009 Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist nach Art. 88a Abs. 2 IVV zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Daraus folgt gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, dass die Erhöhung des Rentenanspruchs eine relevante Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit von lediglich drei Monaten, nicht aber eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit des gleichen Umfangs während der gesetzlichen Wartezeit voraussetzt. Dies gilt nicht nur bei der revisionsweisen Neufestsetzung einer laufenden Rente, sondern auch dann, wenn gleichzeitig rückwirkend eine halbe (bzw. vorliegend eine Viertels-)Rente und eine diese ablösende ganze Rente zugesprochen wird (BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweisen). Demnach besteht ab 1. Januar 2010 Anspruch auf eine ganze Rente. Ab April 2011 ist von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 45,5 %, ab März 2012 noch von 42,5 % auszugehen (vgl. vorstehende Erwägung 2.7). Somit besteht ab 1. Juli 2011 noch ein Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

3.

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 16. April 2013 aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist sodann ab 1. Oktober 2009 eine Viertelsrente und ab 1. Januar 2010 eine ganze Rente zuzusprechen. Ab dem 1. Juli 2011 steht dem Beschwerdeführer wiederum eine Viertelsrente zu. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 800.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. betreffend Überklagung das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons



St. Gallen vom 19. Dezember 2011, IV 2009/459, E. 5.2 f.). Der Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

3.3 Der Beschwerdeführer hat sodann Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Im hier zu beurteilenden Fall erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. April 2013 aufgehoben und es wird dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente vom 1. Oktober 2009 bis zum 31. Dezember 2009, eine ganze Rente vom 1. Januar 2010 bis zum 30. Juni 2011 sowie eine Viertelsrente ab 1. Juli 2011 zugesprochen. Die Sache wird sodann zwecks masslicher Festsetzung der Renten an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr in Höhe von Fr. 800.-- zu bezahlen. Der Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.