



**Fall-Nr.:** IV 2013/46  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.05.2020  
**Entscheiddatum:** 22.06.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 22.06.2015**

**Art. 28 IVG, Art. 88a IVV. Der Beschwerdeführer hat aufgrund mehrerer Knieoperationen Anspruch auf eine befristete Rente. Kein Anspruch auf eine unbefristete Rente, da der Beschwerdeführer in einer adaptierten Hilfsarbeitertätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juni 2015, IV 2013/46).**

Entscheid Versicherungsgericht, 22.06.2015

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterrinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle; Gerichtsschreiberin Lea Locher

#### **Entscheid vom 22. Juni 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 im März 2010 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er gab an, in B.\_\_\_\_ eine Maurerlehre absolviert zu haben. Zuletzt habe er zu 100 % bei der C.\_\_\_\_ AG gearbeitet. Nebenbei sei er als Hausabwart tätig gewesen. Seit dem 23. Juni 2008 sei er wegen Asthma, eines Ellenbogenleidens links und rechts sowie eines Leidens an der Wirbelsäule zu 100 % arbeitsunfähig.

A.b Die C.\_\_\_\_ AG gab im Fragebogen für Arbeitgebende vom 15. März 2010 an (IV-act. 8), dass sie den Versicherten von Juni 1993 bis Ende August 2009 beschäftigt habe. Sie habe das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen aufgelöst. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 27. Mai 2009 gewesen. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens (Anmerkung: Isocyanatasthma, vgl. IV-act. 16-4) habe der Versicherte zu 100 % in der Pulverbeschichtung und Schäumerei gearbeitet, danach im gleichen Pensum in der Stuhlmontage. Gemäss dem IK-Auszug hatte der Versicherte im Jahr 2007 ein Einkommen von Fr. 50'846.-- für die Tätigkeit bei der C.\_\_\_\_ AG und ein Einkommen von Fr. 6'421.-- für die Tätigkeit als Hausabwart verdient (IV-act. 9).

A.c Anlässlich eines telefonischen Gesprächs vom 31. März 2010 gab Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, gegenüber RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 14):

- Status nach Denervationsoperation nach Wilhelm mit zusätzlicher Extensorendenervation wegen Epicondylitis humeri radialis rechts am 22. Februar 2010;
- Status nach Ellenbogenarthroskopie und Denervationsoperation wegen Epicondylitis humeri radialis links am 3. November 2008;
- Cervikovertebralsyndrom.



Die Arbeitsfähigkeit sei seit Juni 2008 beeinträchtigt. Postoperativ sei der rechte Ellenbogen während 6-8 Wochen nicht belastbar. Zurzeit sei der Versicherte in allen Tätigkeiten arbeitsunfähig. Er denke, dass der Versicherte zukünftig wieder die volle Arbeitsfähigkeit erreichen werde. Am 13. April 2010 reichte Dr. D.\_\_\_\_ das unterzeichnete Gesprächsprotokoll (IV-act. 16-1 f.) ein, welches er wie folgt ergänzt hatte (IV-act. 16-3): Der Versicherte sei seit Juni 1993 in Behandlung wegen eines Isocyanatasthmas mit grenzwertigem Lungenvolumen bei massivem Gebrauch an langwirksamen Beta II-Stimulatoren. Seines Erachtens sei das Lungenleiden zurzeit der primär einschränkende Faktor. Vom rechtsseitigen ECR-Leiden habe sich der Versicherte noch immer nicht ganz erholt. Dem Gesprächsprotokoll lagen ein Kurzbericht des Rehabilitationszentrums F.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2009 und ein Bericht vom 16. März 2010 von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, bei (IV-act. 16-4 ff.).

A.d Am 4. Mai 2010 fand ein Frühinterventionsgespräch zwischen dem Versicherten und der Eingliederungsverantwortlichen statt (IV-act. 21). Der Versicherte gab an, dass es ihm gesundheitlich schlechter gehe, er habe Probleme mit der Lunge (ständiges Inhalieren, Atemnot bei schnellem Laufen und Treppensteigen), den Ellenbogen und der Halswirbelsäule. Dr. D.\_\_\_\_ sei der Ansicht, man müsse die Ellenbogen nochmals operieren. Er fühle sich zurzeit überhaupt nicht arbeitsfähig. Am 18. Mai 2010 wurde dem Versicherten mitgeteilt, dass die beruflichen Massnahmen abgeschlossen würden, weil er sich zurzeit nicht arbeitsfähig fühle (IV-act. 24).

A.e Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 13. September 2010 (IV-act. 29), dass sich die Beschwerden sowohl im linken wie auch im rechten Ellenbogenbereich nicht verbessert, sondern eher verschlechtert hätten, da nun auch die allgemeine Dekonditionierung der oberen Extremitäten hinzugekommen sei. Auch die HWS-Beschwerden hätten sich nicht verbessert.

A.f Die Klinik H.\_\_\_\_ berichtete am 22. Februar 2011 über eine stationäre Behandlung vom 12. Januar bis 5. Februar 2011 (IV-act. 36). Als Diagnose wurde eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion angegeben (ICD-10: F43-21). Dr. I.\_\_\_\_ erklärte ausserdem, dass die Anpassungsstörung durch die Kündigung des Arbeitsplatzes und mehrere Todesfälle in der Familie (Bruder, Neffen) ausgelöst worden



## St.Galler Gerichte

sei. Beim Eintritt habe der Versicherte im Grundaffekt deprimiert gewirkt, die Schwingungsfähigkeit sei jedoch erhalten gewesen. Er habe über Antriebsarmut berichtet. Psychomotorisch habe es keine Auffälligkeiten gegeben. Abends und nachts sei es ihm schlechter gegangen. Beim Austritt sei er im Grundeffekt noch leicht deprimiert, jedoch schwingungsfähig und auslenkbar gewesen. Der Antrieb sei etwas verbessert gewesen.

A.g Am 7. und 9. Februar 2011 wurde der Versicherte von der MEDAS Ostschweiz polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) untersucht (Gutachten vom 24. Mai 2011, IV-act. 37). Dr. med. J.\_\_\_\_, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, gab an, der Versicherte habe aktuell über chronisch persistierende Schmerzen im Bereich des Epicondylus lateralis beidseits mit Ausstrahlung nach distal und proximal bis in die Mitte des Oberarms/Vorderarms beidseits geklagt. Weder die operativen Eingriffe an den Ellenbogen beidseits noch die übrigen Therapien hätten zu einer wesentlichen Schmerzabnahme geführt. Die Schmerzen im lateralen Ellenbogen beidseits nähmen vor allem nach kraftanfordernden manuellen Tätigkeiten bzw. beim Heben/Tragen von Lasten zu. Die Diagnosen in somatischer Hinsicht mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Chronifizierte Epicondylopathia humeri radialis linksbetont:
- Ellenbogenkontusion links und Radiusköpfchenfraktur links bei Sturz auf den Ellenbogen links am 9. Juni 2008;
- subchondrale Osteonekrose Caput radii links II (MRI vom 15. September 2008);
- initiale Arthrose des Humeroradialgelenks links;
- Denervationsoperation nach Wilhelm rechts mit zusätzlicher Extensorendenervation am 22. Februar 2010 wegen chronischer Epicondylopathia humeri radialis rechts;
- Ellenbogenarthroskopie und Denervationsoperation links am 3. November 2008 wegen chronischer Epicondylopathia humeri radialis links;
- Ellenbogen-Rearthroskopie (links) mit Excision eines freien Knorpelfragments und Adhäsiolyse am 25. September 2009;



## St.Galler Gerichte

- Schmerzausweitung im Sinne eines panvertebralen Schmerzsyndroms

§ "harte" Discushernie C5/6 und C3/4 mit vor allem spondylogener Einengung der Foramina rechts und diskrete degenerative Einengung des Foramen C4/5 links (MRI 11. November 2009);

§ BWS-/LWS-Kontusion am 18. Juni 2010;

§ teils fixierte thorakale Hyperkyphose.

Als somatische Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gab Dr. J.\_\_\_\_ die folgenden an:

- Leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (CPAP-Maskenbeatmung sistiert wegen Maskenproblemen);
- Isozyanat-Allergie (grenzwertige Lungenvolumina zur leichten obstruktiven Ventilationsstörung ohne bronchiale Hyperreagibilität, Dezember 2009);
- Adipositas I und arterielle Hypertonie.

Dr. J.\_\_\_\_ erklärte in seiner Beurteilung, dass sich in der körperlichen Untersuchung das Bild einer chronifizierten Epicondylopathia humeris radialis linksbetont gezeigt habe. Cervicothorakal sei eine uneingeschränkte, harmonische und schmerzfreie Beweglichkeit festgestellt worden. Es hätten sich eine muskuläre Dysbalance der dorsalen Schultergürtelmuskulatur und eine Wirbelsäulenfehlstatik mit teils fixierter thorakaler Hyperkyphose und leichter Skoliose gezeigt. Cervikoradikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptome hätten nicht objektiviert werden können. Bezüglich der kernspintomographisch nachgewiesenen Segmentdegeneration L5/S1 mit möglicher Nervenwurzelirritation S1 rechts seien Zeichen eines Lumbovertebralsyndroms festgestellt worden. Bei rechts gegenüber links abgeschwächtem ASR seien aktuell keine lumboradikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptome fassbar gewesen. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei vom Versicherten ausgesprochen tief eingeschätzt worden: Sie habe unterhalb der Belastungsgrenze für eine leichte körperliche Tätigkeit mit seltenem



Heben von maximal 5 kg gelegen. Aus somatischer Sicht bestehe für überwiegend mittelschwere und jegliche schwere körperliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne repetitive oder kraftanfordernde manuelle Arbeiten, ohne Arbeiten in ergonomisch ungünstiger Rückenhaltung (insbesondere mit längerem Arbeiten über Kopfhöhe) und ohne Heben/Tragen von Lasten über 5-7.5 kg könne aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit (mehr) begründet werden. Die durch die vorbehandelnden Ärzte attestierte Arbeitsunfähigkeit in der Schreinerei, Pulverbeschichtung und Stuhlmontage ab Juni 2008 sei nachvollziehbar. Gemäss dem Fragebogen für Arbeitgebende habe es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit um eine zeitweise mittelschwere bis schwere körperliche Arbeit gehandelt. Aufgrund der Akten könne eine Arbeitsunfähigkeit in körperlich adaptierten Tätigkeiten über 50 % ab April 2010 nicht begründet werden. Seit spätestens Oktober 2010 sei der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig.

Der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, wohnten die Schwiegertochter des Versicherten und ein Dolmetscher bei. Der Versicherte gab an, dass es ihm nach der Kündigung sehr schlecht gegangen sei. Der Tod seines Lieblingsbruders im Februar 2009 und der Tod zweier Neffen im Juni bzw. August 2009 sowie die Schmerzen in den Ellenbogen hätten zu einer zusätzlichen psychischen Verschlechterung geführt. Er fühle sich bedrückt, leide an Stimmungsschwankungen und schlafe schlecht. Aktuell seien auch noch Probleme mit dem linken Bein dazugekommen. Die Schwiegertochter habe ergänzt, dass sich der Versicherte seit der Kündigung vom familiären Geschehen zurückziehe. Er laufe "wie ein Schatten" durch die Gegend, zeige an nichts mehr Freude, habe an nichts mehr Spass, sei desinteressiert geworden. Auch schlafe er schlecht, habe wohl Alpträume; man höre, wie er nachts schreie. Der Versicherte gab weiter an, zusammen mit seiner Frau, dem Sohn und der Schwiegertochter sowie deren zwei kleinen Kindern eine 5 ½-Zimmer-Wohnung zu bewohnen. Er verbringe seinen Tag mit Spaziergängen, mal alleine, mal mit dem Enkelkind, fahre Velo, lese oder schaue fern. Dr. K.\_\_\_\_ gab als psychiatrische Diagnosen eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (F43.21), unter psychopharmakologischer Behandlung in leichter Ausprägung, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung an. Er befand, dass das formale Denken geordnet,



allerdings in der Beschwerdeschilderung somatisch orientiert gewesen sei. Die mnestischen und kognitiven Funktionen hätten keine groben Auffälligkeiten aufgewiesen. Die Stimmung sei gedrückt und die Modulationsfähigkeit dementsprechend herabgesetzt gewesen. Der affektive Rapport habe sich gut herstellen lassen. Antrieb, Gestik, Mimik und Psychomotorik seien unauffällig gewesen. Die unerwartete Kündigung per Ende August 2009 habe den Versicherten in seiner Würde getroffen und beschäftige ihn noch heute. Auch habe er die Kündigung zu einem Zeitpunkt erhalten, in welchem er ohnehin aufgrund mehrerer Todesfälle in der Familie psychisch bereits labil gewesen sei. Dies seien Ereignisse, die ihn emotional belasteten und die er bislang nicht habe adäquat verarbeiten können. Falls die von ihm empfundenen andauernden schweren und quälenden Schmerzen (an den Ellenbogen) durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärbar seien, handle es sich dabei aus psychiatrischer Sicht um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.5). Beim Versicherten bestehe eine chronische körperliche Begleiterkrankung mit unbefriedigenden Behandlungsergebnissen, welcher aus psychiatrischer Sicht mit einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % Rechnung getragen werde. Dies lasse sich dadurch rechtfertigen, dass der Versicherte auch in einer körperlich adaptierten Tätigkeit aufgrund der empfundenen Schmerzen mehr Pausen benötige. Dr. K.\_\_\_\_ empfahl die Fortsetzung der bereits eingeleiteten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Polydisziplinär wurde die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab dem Unfallereignis am 9. Juni 2008 auf 100 % geschätzt. In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne kraftanfordernde oder repetitive manuelle Arbeiten, ohne Arbeiten in ergonomisch ungünstiger Rückenposition (insbesondere mit längeren Arbeiten über Kopfhöhe) und ohne Heben/Tragen von Lasten über 5-7.5 kg sei der Versicherte seit November 2010 zu 80 % arbeitsfähig. Gemäss den Akten könne eine Arbeitsunfähigkeit über 50 % von April 2010 bis spätestens Oktober 2010 nicht begründet werden. Aufgrund der wiederholten operativen Eingriffe an den Ellenbogen beidseits (3. November 2008, 25. September 2009, 22. Februar 2010) dürfe von Juni 2008 bis spätestens April 2010 eine Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit bestanden haben. RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ erklärte in einer Stellungnahme vom 30. Mai 2011 (IV-act. 38), dass das MEDAS-Gutachten umfassend, kohärent und widerspruchsfrei sei.



## St.Galler Gerichte

A.h Am 23. Mai 2011 führte Dr. D.\_\_\_\_ beim Versicherten eine Kniearthroskopie links mit medialer Meniskusteilresektion, Synovektomie, Patellaexostosenabtragung/Abrasio und eine freie Gelenksfragmentresektion durch (IV-act. 46-1 f.). Als Diagnosen gab er einen medialen Meniskus/Hinterhornradiärriss/Synoviitis und einen Knorpeldefekt Patellarrückseite/Cristabereich Grad III Knie links mit mehreren kleinen freien Gelenksfragmenten (Knorpel) an. Der Eingriff sei wegen einer medialbetonten Kniesymptomatik und einem retropatellären Reiben erfolgt. Dr. D.\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten vom 23. Mai bis 12. Juni 2011 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 44). Am 6. Juni 2011 unterzog sich der Versicherte wegen weiterhin bestehender Schmerzen einer erneuten Kniearthroskopie links mit Arthrofibroselösung, Blutungsquellesuche und deren Behandlung und mit Meniskusteilrestresektion (IV-act. 46-3 f.). Als Diagnosen gab Dr. D.\_\_\_\_

eine beginnende Arthrofibrose Knie links und eine mediale Meniskusdegeneration an.

A.i Dr. med. L.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, gab in seinem Bericht vom 11. Juli 2011 (IV-act. 52) u.a. die folgenden Diagnosen an:

- Chronische Brachialgie bds.;
- chronisches Panvertebralsyndrom m/b
- chronischem zervikospondylogem Schmerzsyndrom (Osteochondrose C2/3 bis C5/6 mit dorsaler Spondylose C3/4 und C5/6, flachbogige paramedian rechtsseitige Diskusprotrusion C3/4 wie auch nach caudal luxierender Herniation C5/6 ohne Nervenwurzelkompression, MR HWS 4/11, siehe IV-act. 78-4);
- rez. Lumbovertebralsyndrom;
- Wirbelsäulenfehlhaltung, leichter muskulärer Dysbalance;
- Verdacht auf fokale Femurkopfnekrose Hüfte links (chronische Periarthropathia coxae bds.);
- Kniegelenkserguss links (anamnestisch Status nach KAS bei medial aktivierter Gonarthrose);



- Verdacht auf Depression.

Dr. L.\_\_\_\_ erklärte ausserdem, dass die Arbeitsfähigkeit derzeit schwierig einzuschätzen sei; bei adäquater Schmerzkontrolle sei dem Versicherten in einer geeigneten Tätigkeit mittelfristig zumindest eine Teilerwerbstätigkeit zumutbar.

A.j Am 29. August 2011 führte Dr. D.\_\_\_\_ wegen einer medialen Meniskusläsion im Hinterhornbereich des rechten Kniegelenks und einer aktiven Gonarthrose des linken Kniegelenks eine Kniearthroskopie rechts mit medialer Meniskusteilresektion sowie eine Infiltration (1 Ampulle DML) am linken Kniegelenk durch (IV-act. 54-5 f.). Dr. D.\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten vom 29. August bis 18. September 2011 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 53).

A.k Am 26. Oktober 2011 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ (IV-act. 54-1 f.), dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe. Der Versicherte leide an einer erheblichen beidseitigen invalidisierenden Arthrose in beiden Knien. Nach der Operation vom 29. August 2011 sei es zu einer Nachblutung und einer articulären Fibrose gekommen. Mit konsequenter Physiotherapie und medikamentöser Behandlung sei jetzt ein stationärer Zustand erreicht worden, jedoch sei die Situation bezüglich beider Knie besorgniserregend. Eine weitere Operation im Sinne einer beidseitigen knietotalprothetischen Versorgung könne nicht ausgeschlossen werden.

A.l Dr. med. M.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, spez. Pneumologie, berichtete am 11. November 2011 (IV-act. 55), dass der Gesundheitszustand bei weitgehend normaler Lungenfunktion stationär sei. Dr. med. N.\_\_\_\_, Oberärztin am Psychiatrie-Zentrum O.\_\_\_\_, berichtete am 30. November 2011 (IV-act. 58), dass sich der Gesundheitszustand seit dem Austritt aus der Klinik H.\_\_\_\_ am 5. Februar 2011 nicht verändert habe. In den letzten Monaten hätten die somatischen Beschwerden im Vordergrund gestanden. Aufgrund der noch immer vorhandenen depressiven Symptomatik, begleitet von starken somatischen Einschränkungen, bestehe weiterhin eine verminderte Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

A.m RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ hielt am 9. Januar 2012 fest, dass nicht nachvollziehbar sei, weshalb der Versicherte aufgrund der Knieproblematik aktuell noch zu 100 %



## St.Galler Gerichte

arbeitsunfähig sein solle (IV-act. 62). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 25. Januar 2012 (IV-act. 64), dass sich der Gesundheitszustand bezüglich des linken Kniegelenks nicht stabilisiert habe. Auch beim rechten Knie bestehe eine medialbetonte Gonarthrose. Wegen der zusätzlich zur Knieproblematik bestehenden somatischen Beschwerden sei der Versicherte auch in einer sitzenden Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Der Versicherte sei zurzeit in jeder beruflichen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

A.n Dr. N.\_\_\_\_ gab in ihrem Bericht vom 22. Februar 2012 an (IV-act. 76-3 f.), dass der Versicherte seit Januar 2012 regelmässig die ambulante Ergotherapie (jeweils am Donnerstag von 8.30 bis 11.00 Uhr) besuche. Bei der Konsultation vom 17. Februar 2012 habe er über eine gedrückte Stimmung, eine innere Leere sowie Schlafstörungen, die mit Medikamenten kupiert würden, geklagt.

A.o Das Spital Q.\_\_\_\_ berichtete am 29. Februar 2012 (IV-act. 81-2 f.), dass der Versicherte an einer Insertionstendinose Pes anserinus Kniegelenke beidseits mit Ansatzreizung mediales und laterales Seitenband leide. Dr. med. R.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie, erklärte, dass die Beschwerden im Bereich beider Kniegelenke trotz der durchgeführten Operationen persistierten. Es seien eine regelmässige Analgetikaeinnahme und ein physiotherapeutisches Training erfolgt. Die vom Versicherten beklagten Beschwerden seien im Punktum maximum auf den Ansatzbereich des Pes anserinus zurückzuführen. Gleichzeitig habe sich eine deutliche Bandlaxizität medial und lateral gezeigt. Er schlage aus diesem Grund primär ein konservatives Vorgehen vor, da aktuell keine positiven Meniskuszeichen vorlägen. Hinsichtlich der im MRI nachgewiesenen Knorpelläsion habe er dem Versicherten Condrosulf verordnet. Sollte dies im weiteren Verlauf keine Beschwerdebesserung bringen, wäre allenfalls nochmals ein MRI beider Kniegelenke zur Standortbestimmung zu erwägen. Eine endoprothetische Versorgung sei aktuell nicht indiziert. Dem Röntgen-Befund vom 29. Februar 2012 beider Kniegelenke (IV-act. 81-1) war zu entnehmen, dass beidseits, links etwas deutlicher als rechts, eine mediale Gelenkspaltverschmälerung als Hinweis auf einen beginnenden arthrotischen Prozess vorliege. Weder rechts noch links zeige sich das radiographische Vollbild einer schweren Gonarthrose. Es bestünden Hinweise auf einen Knocheninfarkt suprakondylär rechts, wobei es sich um eine blande Läsion handle.



A.p RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ hielt in einer Notiz vom 9. August 2012 fest (IV-act. 83), die Angabe von Dr. D.\_\_\_\_, dass der Versicherte an einer erheblichen Arthrose in beiden Knien leide, werde durch die radiologischen Befunde und die Untersuchung im Spital Q.\_\_\_\_ nicht gestützt. Als tatsächlich vorhanden könnten ein Meniskus- und wohl auch ein gewisser Knorpelschaden angenommen werden. Der Verlauf der Knieeingriffe müsse als ungewöhnlich lang bezeichnet werden. Der psychiatrische Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung durch die MEDAS nicht verschlechtert. Die von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte Cervicobrachialgie stütze sich lediglich auf die Angaben des Versicherten. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage weiterhin 0 %. Aufgrund der Knieproblematik mit operativen Eingriffen sei davon auszugehen, dass ab Mai 2011 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (auch in einer adaptierten Tätigkeit) bestanden habe. Ab dem Tag der Untersuchung im Spital Grabs (29. Februar 2012) sei wieder von einer adaptierten Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Als adaptierte Tätigkeit komme eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne knieende/kauernde Tätigkeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 7.5 kg, ohne Zwangshaltungen, ohne ergonomisch ungünstige Position, ohne Überkopfarbeiten, ohne längeres Gehen (insbesondere auf schlechter Unterlage) und ohne kraftanfordernde oder repetitive manuelle Arbeiten in Frage. Weitere medizinische Abklärungen drängten sich derzeit nicht auf.

A.q Mit Vorbescheid vom 28. August 2012 kündigte die IV-Stelle die Zusprache einer befristeten Viertelsrente vom 1. August bis 31. Oktober 2011 und einer befristeten ganzen Rente vom 1. November 2011 bis 30. Mai 2012 an (IV-act. 87). Zur Begründung führte sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Versicherte ab Juni 2008 aufgrund der Ellenbogenproblematik in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen sei. Ab April 2010 habe sich sein Gesundheitszustand verbessert, weshalb ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im September 2010 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine mindestens 80 %ige Arbeitsfähigkeit adaptiert bestanden habe. Ab Mai 2011 bis Ende Februar 2012 sei der Versicherte aufgrund einer Knieproblematik nochmals befristet zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab März 2012 sei er dann wieder zu 80 % arbeitsfähig gewesen, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe. Das Valideneinkommen betrage Fr. 63'899.-- und bemesse sich am im Jahr 2008 erzielten Erwerbseinkommen, angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2011 (IV-act. 85). Zur Bemessung des Invalideneinkommens sei für die Zeit ab März



## St.Galler Gerichte

2012 auf das durchschnittliche Einkommen eines Hilfsarbeiters im privaten Sektor gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) abzustellen, welches im Jahr 2011 Fr. 61'776.-- betragen habe. Das Invalideneinkommen ab März 2012 betrage folglich Fr. 49'421.-- und der IV-Grad 23 %.

A.r Dagegen liess der Versicherte am 5. September 2012 einwenden (IV-act. 88-1 f.), dass ab März 2012 eine deutlich höhere Invalidität als 23 % bestanden habe. Einem beigelegten Austrittsbericht der Klinik Valens vom 3. Juli 2012 waren die folgenden Diagnosen zu entnehmen (IV-act. 88-3 ff.): Chronisches Panvertebral-Syndrom, Insertionstendinose Pes anserinus bds., chronische Periarthropathie coxae bds. und Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ED Mai 2009). Der Versicherte habe sich vom 30. Mai bis 13. Juni 2012 für einen stationären Aufenthalt in der Klinik befunden. Dr. med. S.\_\_\_\_, leitender Arzt Rheumatologie, hatte angegeben, dass im Rehabilitationsverlauf keine Verbesserung der Schmerzen und der Beweglichkeit der HWS und LWS habe erzielt werden können. In einem Basistest der körperlichen Leistungsfähigkeit sei eine deutliche Selbstlimitierung festgestellt worden. Aufgrund einer Symptomausweitung sei von einer höheren Belastbarkeit auszugehen. In der Therapie habe sich der Versicherte bei Umstellungen sehr unkooperativ gezeigt. Die Arbeitsfähigkeit betrage in einer sehr leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit 50 %. Dr. D.\_\_\_\_ hatte am 21. August 2012 berichtet (IV-act. 88-18 f.), dass die Klinik Valens seines Erachtens die Arbeitsfähigkeit zu hoch eingeschätzt habe. Die Klinik habe die Ellenbogenleiden nur sehr kurz erwähnt, obwohl auch diese die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Dem Versicherten sei eine Erwerbstätigkeit aufgrund der beiden Hüftgelenksarthrosen, der beidseitigen Kniegelenksarthrosen, der Cervicobrachialgie und der Lumboischialgie praktisch nicht zumutbar. Zusätzlich bestehe ein sehr eingeschränktes Lungenvolumen. In allen Tätigkeiten bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Am 28. September 2012 liess der Versicherte seinen Einwand ergänzen und die Zusprache mindestens einer unbefristeten halben Rente beantragen (IV-act. 90). Des Weiteren ersuchte der Rechtsvertreter um die Gewährung geeigneter beruflicher Wiedereingliederungsmassnahmen. RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ hielt am 29. Oktober 2012 fest (IV-act. 93), dass im Einwandverfahren keine neuen medizinischen Fakten von Relevanz vorgebracht worden seien. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik Valens sei aufgrund der gezeigten Symptomausweitung, des unkooperativen Verhaltens des Versicherten, des



## St.Galler Gerichte

ausgeprägten Schmerzvermeidungsverhaltens, der Selbstlimitierungen und der fehlenden Objektivierbarkeit der gezeigten Einschränkungen nicht nachvollziehbar. Das Attest von Dr. D. \_\_\_ lasse sich nur mit der besonderen Nähe des Behandlers zum Versicherten erklären. Dr. D. \_\_\_ habe keine objektivierbaren Befunde angegeben.

A.s Am 19. Dezember 2012 (IV-act. 95 und 97) wurde dem Versicherten aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen vom 1. August bis 31. Oktober 2011 eine Viertelsrente und vom 1. November 2011 bis 30. Mai 2012 eine ganze Rente zugesprochen. Im Übrigen wurde ein Rentenanspruch verneint. Mit Bezug auf den Einwand führte die IV-Stelle an, dass die eingereichten Berichte keine neuen medizinischen Fakten enthielten.

B.

B.a Gegen diese Verfügungen liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 31. Januar 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügungen, soweit sie keine Rente gewährten, und die Ausrichtung mindestens einer halben IV-Rente. Eventualiter sei eine erneute polydisziplinäre Abklärung durchzuführen. Zudem sei die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, geeignete berufliche Massnahmen durchzuführen, bevor sie eine Rente verfüge. Der Rechtsvertreter brachte zur Begründung vor, dass kein definitiver Zustand vorliege. Gerade heute werde im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) abgeklärt, ob resp. wann im linken Knie eine Knietotalprothese eingesetzt werden solle. Über die Rente sei somit zu früh verfügt worden. Das MEDAS-Gutachten sei bald zwei Jahre alt und deshalb veraltet. Neben den bekannten Beschwerden leide der Beschwerdeführer zusätzlich an einem Schlafapnoe-Syndrom, welches ein adäquates Schlafen verhindere. Die mittelgradige Depression bzw. ihr Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei zu wenig genau geprüft worden. Die MEDAS-Sachverständigen hätten sodann nicht einmal ansatzweise erklärt, weshalb die somatischen Erkrankungen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der polymorbiden Problematik in jeglicher Tätigkeit zu mindestens 50 % arbeitsunfähig. Er könne aus somatischer Sicht schon deshalb kein volles Arbeitspensum mehr absolvieren, weil ihm nur noch leichte Tätigkeiten zur Verfügung stünden und weil er wegen seiner vielen Beschwerden ständig behandelt



werden müsse. Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin weder eine Einkommensparallelisierung vorgenommen noch einen Tabellenlohnabzug gewährt. Der Beschwerdeführer könne jedoch seit Jahren wegen des durch die Lungenproblematik erzwungenen Jobwechsels nicht mehr jenes Einkommen erzielen, welches er als Gesunder erwirtschaften könnte.

B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. April 2013 (act. G 4) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung brachte sie vor, dass entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters im Verfügungszeitpunkt von einem stabilisierten Zustand habe ausgegangen werden können. Die angefochtenen Verfügungen seien nämlich mehr als eineinhalb Jahre nach den beiden arthroskopischen Eingriffen am linken Knie ergangen und das Spital Q.\_\_\_\_ habe im Februar 2012 ein konservatives Vorgehen vorgeschlagen sowie eine Indikation für eine endoprothetische Versorgung verneint. Laut dem RAD sei der Beschwerdeführer aufgrund der Meniskus- und Knorpelschäden an den Knien in seiner Arbeitsfähigkeit nur insoweit eingeschränkt, als er keine knienden oder kauernenden Tätigkeiten und keine solchen auf schlechter Unterlage mehr ausüben könne. Diese Angaben seien plausibel, da das Spital Q.\_\_\_\_ keine ausgeprägten pathologischen Befunde festgestellt habe, die zusätzlich eine Einschränkung in quantitativer Hinsicht begründen würden. In rechtlicher Hinsicht könne die chronifizierte Epicondylopathia humeri radialis linksbetont nicht als chronische Begleiterkrankung gelten, da es sich hier um dasjenige chronifizierte Leiden handle, welches die anhaltende Schmerzstörung aufrechterhalte. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer nach der gutachterlichen Einschätzung aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Zwar liege in Bezug auf die Schmerzproblematik wohl ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung vor, doch sei dieser Verlauf bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diagnosespezifisch und daher nicht ausschlaggebend. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens sei zu verneinen und ein primärer Krankheitsgewinn nicht ausgewiesen. Angesichts der laufenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung ebenfalls nicht (hinreichend) erfüllt, zumal Dr. K.\_\_\_\_ die Weiterführung dieser Behandlung mit einer Optimierung der Medikation empfohlen habe. Das MEDAS-Gutachten sei somit nur in Bezug auf den



medizinischen Sachverhalt beweiskräftig. In rechtlicher Hinsicht sei das psychische Leiden nicht invalidisierend, weshalb von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen sei. Angesichts der nach der Begutachtung hinzugekommenen Knieproblematik mit zwei durchgeführten arthroskopischen Eingriffen sei jedoch mit dem RAD davon auszugehen, dass vorübergehend von Mai 2011 bis Ende Februar 2012 auch in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe.

B.c In seiner Replik vom 17. September 2013 liess der Beschwerdeführer an den mit der Beschwerde gestellten Begehren festhalten (act. G 12). Ergänzend machte sein Rechtsvertreter geltend, dass der Rückenproblematik zu wenig Beachtung geschenkt worden sei. Die Behandlungsmöglichkeiten aus somatischer Sicht seien noch nicht ausgeschöpft. So habe der Beschwerdeführer zwischenzeitlich am linken Knie operiert werden müssen. Noch immer liege kein definitiver Zustand und folglich eine volle Arbeitsunfähigkeit vor. Der Beschwerdeführer könne wegen der Knieproblematik gar nicht laufen und deshalb auch nicht arbeiten. Einem beigelegten Operationsbericht war zu entnehmen (act. G 12.1 Beilage 12), dass sich der Beschwerdeführer am 27. Mai 2013 einer weiteren Kniearthroskopie links mit medialer und lateraler Meniskusteilresektion, freier Fragmentresektion, Knorpelabrasio und Patella/Cristaglättung unterzogen hatte.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 14).

B.e Am 24. Februar 2015 forderte das Gericht den in der Beschwerdeschrift erwähnten Bericht zur Untersuchung vom Januar 2013 im KSSG an (act. G 16). Der Rechtsvertreter erklärte am 5. März 2015, dass die Totalprothese noch nicht eingebaut worden sei. Auch das rechte Knie sei eine dauernde Baustelle geblieben. Dem beigelegten Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 1. Februar 2013 (act. G 17.1) war zu entnehmen, dass vor allem linksseitige Kniegelenksschmerzen beständen. Der Beschwerdeführer habe einen klassischen Loslaufschmerz beschrieben, nach dem Einlaufen des Kniegelenks gehe es etwas besser. Röntgenaufnahmen vom 30. Januar 2013 beider Kniegelenke hätten leichte Arthrosezeichen besonders im medialen Kompartiment mit Reduzierung des



Kniegelenksspalt und leichten osteophytären Anbauten gezeigt. Es bestehe ein Verdacht auf eine Retropatellar-Arthrose.

B.f Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme zu den neu eingereichten Unterlagen (act. G 18).

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Mit den angefochtenen Verfügungen hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. August 2011 bis 31. Oktober 2011 eine Viertelsrente und für die Zeit vom 1. November 2011 bis 31. Mai 2012 eine ganze Rente zugesprochen. Der Beschwerdeführer ist damit nicht einverstanden und verlangt – mit Ausnahme der Zeit, in welcher ihm eine befristete Rente zugesprochen worden ist – die Zusprache mindestens einer halben, unbefristeten Rente. Der Beschwerdeführer hat sich im März 2010 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Ein Rentenanspruch kann somit frühestens per 1. September 2010 entstanden sein (Art. 29 Abs. 1 IVG).

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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 120). Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (sog. Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

2.

Zunächst hat der Rechtsvertreter geltend gemacht, dass im Verfügungszeitpunkt aufgrund der Knieproblematik kein definitiver Zustand vorgelegen habe und die Rentenverfügung folglich zu früh ergangen sei. Der Beschwerdeführer ist am 23. Mai 2011 und am 6. Juni 2011 am linken Knie und am 29. August 2011 am rechten Knie operiert worden. Der Oberarzt Orthopädie des Spitals Q.\_\_\_\_ hat am 29. Februar 2012 eine Insertionstendinose Pes anserinus Kniegelenke beidseits diagnostiziert und ein konservatives Vorgehen vorgeschlagen, da aktuell keine positiven Meniskuszeichen vorlägen. Eine endoprothetische Versorgung sei zurzeit nicht indiziert. Einem Röntgenbefund desselben Tages war zu entnehmen, dass Hinweise auf einen beginnenden arthrotischen Prozess vorlägen; weder rechts noch links zeige sich das radiographische Vollbild einer schweren Gonarthrose. Rund zehn Monate nach der Untersuchung im Spital Q.\_\_\_\_ sind am 19. Dezember 2012 die Rentenverfügungen ergangen. Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG hat in ihrem Bericht, welcher wenige Wochen nach der Verfügungseröffnung, nämlich am 1. Februar 2013 ergangen ist, angegeben, dass der Beschwerdeführer an einer Gonarthrose beidseits, links mehr als rechts, leide (Untersuchung vom 30. Januar 2013). Aktuelle



Röntgenaufnahmen hatten wiederum nur leichte Arthrosezeichen gezeigt. Die bildgebenden Befunde der beiden Kniegelenke vom Januar 2012 und Februar 2013 unterscheiden sich somit nicht wesentlich. Auch sind im Verfügungszeitpunkt keine operativen Massnahmen mehr vorgesehen bzw. indiziert gewesen. Im Verfügungszeitpunkt (19. Dezember 2012) hat demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein stabiler Gesundheitszustand vorgelegen. Ob die Operation vom 27. Mai 2013 wegen einer nach Verfügungserlass eingetretenen Verschlechterung der Knieproblematik links erfolgt ist, ist für das vorliegende Verfahren nicht von Relevanz. Diese Frage müsste, je nachdem, ob dem Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren eine unbefristete Rente zugesprochen wird oder nicht, im Rahmen einer Neuanschuldung bzw. eines Revisionsverfahrens geklärt werden.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer hat weiter vorbringen lassen, dass er aufgrund der polymorbiden Problematik in jeglicher Tätigkeit zu mindestens 50 % arbeitsunfähig sei. Als Erstes hat sein Rechtsvertreter moniert, dass das MEDAS-Gutachten veraltet sei. Der Beschwerdeführer ist im Februar 2011 von der MEDAS untersucht worden; die Rentenverfügungen sind erst im Dezember 2012 ergangen. Somit liegen zwischen der Begutachtung und dem Verfügungserlass tatsächlich beinahe zwei Jahre. Den Akten ist allerdings nicht zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand zwischenzeitlich – mit Ausnahme der neu aufgetretenen Knieproblematik – verändert hätte. Mit Bezug auf die damals bereits bestandenen Gesundheitsbeeinträchtigungen ist das MEDAS-Gutachten deshalb grundsätzlich verwertbar.

3.2 Als Zweites hat der Rechtsvertreter vorgebracht, dass der Beschwerdeführer neben den bekannten Beschwerden auch an einem Schlafapnoe-Syndrom leide, welches einen adäquaten Schlaf verhindere. Entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters war das Schlafapnoe-Syndrom dem MEDAS-Sachverständigen Dr. J.\_\_\_\_ bekannt; er hatte es jedoch – wie bereits die Klinik F.\_\_\_\_ (IV-act. 16-5) – lediglich als leicht eingestuft. Dem Gutachten ist nicht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer unter einer starken Tagesmüdigkeit leiden würde. Die (offenbar psychisch bedingten) Ein- und Durchschlafstörungen hätten mit Medikamenten behoben werden können (IV-act. 37-26 f.). Auch aus dem anlässlich der Begutachtung



geschilderten Tagesablauf (IV-act. 37-25) geht nicht hervor, dass sich der Beschwerdeführer durch eine erhöhte Müdigkeit in seinen Tagesaktivitäten eingeschränkt fühlen würde bzw. dass sein nächtlicher Schlafbedarf sehr hoch wäre oder er sich mehrmals täglich hinlegen und ausruhen müsste. Die Schlussfolgerung des MEDAS-Sachverständigen, dass das leichte obstruktive Schlafapnoe-Syndrom keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, leuchtet deshalb ein.

3.3 Drittens liess der Beschwerdeführer geltend machen, dass der Rückenproblematik – nämlich mindestens zwei Diskushernien und weiteren degenerativen Veränderungen – bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu wenig Beachtung geschenkt worden sei. Der MEDAS-Sachverständige Dr. J.\_\_\_\_ hat bei den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzausweitung im Sinne eines panvertebralen Schmerzsyndroms angegeben. Bei kernspintomographischem Nachweis "harter" Discushernien C5/6 und C3/4 und mit degenerativer Einengung des Foramen C5/6 > C3/4 rechts und diskreter Einengung des Foramen C4/5 links sei in der körperlichen Untersuchung eine uneingeschränkte, harmonische und schmerzfreie Beweglichkeit cervicothorakal festgestellt worden. Es hätten sich eine muskuläre Dysbalance der dorsalen Schultergürtelmuskulatur und eine Wirbelsäulenfehlstatik mit teils fixierter thorakaler Hyperkyphose und leichter Skoliose gezeigt. Cervicoradikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptome seien nicht objektivierbar gewesen. Bezüglich der kernspintomographisch nachgewiesenen Segmentdegeneration L5/S1 mit möglicher Nervenwurzelirritation S1 seien Zeichen eines Lumbovertebralsyndroms festgestellt worden. Bei rechts gegenüber links abgeschwächtem ASR seien keine lumboradikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptome fassbar gewesen. Dr. J.\_\_\_\_ hat sich somit, entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters, im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingehend mit der Rückenproblematik befasst. Sodann haben die MEDAS-Sachverständigen entgegen den Ausführungen des Rechtsvertreters den somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen, indem sie die Zumutbarkeit für mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten verneint und weitere Kriterien, die eine adaptierte Tätigkeit erfüllen muss (wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitive oder kraftanfordernde manuelle Arbeiten, ohne Arbeiten in ergonomisch ungünstiger Rückenhaltung [insbesondere mit längeren Arbeiten über Kopfhöhe], ohne Heben/Tragen von Lasten über 5-7.5 kg), angegeben haben. Die Einschätzung, dass der



Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer oben umschriebenen adaptierten Tätigkeit – seit der Stabilisierung der Ellenbogenproblematik – vollständig arbeitsfähig ist, überzeugt. Denn gemäss dem Beschwerdeführer nehmen die Schmerzen im lateralen Ellenbogen beidseits vor allem nach kraftanfordernden manuellen Tätigkeiten bzw. beim Heben/Tragen von Lasten zu. Genau solche Tätigkeiten sind ihm gemäss Dr. J.\_\_\_\_ aber nicht mehr zumutbar. Weiter hat im Untersuchungszeitpunkt eine uneingeschränkte, harmonische und schmerzfreie Beweglichkeit cervicothorakal bestanden. Auch hat der Sachverständige klinisch keine radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptome feststellen können. Demgegenüber überzeugt die von Dr. J.\_\_\_\_ vorgenommene abgestufte Arbeitsfähigkeitsschätzung (100 %ige Arbeitsunfähigkeit adaptiert von Juni 2008 bis März 2010 und 50 %ige Arbeitsunfähigkeit adaptiert von April 2010 bis spätestens Oktober 2010) nicht vollumfänglich: Das Ellenbogenleiden ist durch einen Sturz im Juni 2008 ausgelöst worden. Im November 2008, im September 2009 und im Februar 2010 war der Beschwerdeführer an beiden Ellenbogen operiert worden. Dr. D.\_\_\_\_ hatte nach der letzten Operation angegeben, dass der (operierte) rechte Ellenbogen postoperativ während 6-8 Wochen nicht belastbar sei. Im September 2012 hatte derselbe Arzt berichtet, dass sich die Beschwerden sowohl am linken als auch am rechten Ellenbogenbereich durch die operativen Vorgehensweisen nicht verbessert, sondern wegen einer allgemeinen Dekonditionierung der oberen Extremitäten eher verschlechtert hätten (IV-act. 29). Obwohl sich somit die Beschwerden an den Ellenbogen durch die Operationen weder wesentlich verbessert noch verschlechtert hatten, hat Dr. J.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer im Anschluss an die letzte Operation im Februar 2010 über die postoperative Heilungsphase hinaus eine teilweise Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert. Zwar ist aufgrund des langwierigen Verlaufs wohl von einer länger als üblich dauernden postoperativen Erholungsphase auszugehen. Aber auch wenn man von einer doppelt so langen Rekonvaleszenzzeit ausgehen würde, wie sie für einen solchen Eingriff üblich wäre (gemäss Dr. D.\_\_\_\_ 6-8 Wochen), d.h. von einer viermonatigen Erholungsphase, hätte die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit bereits am 1. Juli 2010 wieder 100 % betragen. Dafür spricht auch die kreisärztliche Beurteilung vom 24. März 2010, wonach der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch seitens der unfallbedingten Folgen ab 7. April 2010 wieder vollarbeitsfähig sei (act. G 4.2, Suva-



Fremdakten, nicht akturiert; vgl. auch IV-act. 37-10). Die Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer bis acht Monate nach der letzten Ellenbogenoperation auch in einer adaptierten Tätigkeit teilweise arbeitsunfähig gewesen sei, überzeugt daher nicht. Folglich ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht spätestens ab Juli 2010 – unter Ausklammerung der Kniebeschwerden – in einer adaptierten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen ist.

3.4 In psychiatrischer Hinsicht hat der Rechtsvertreter kritisiert, dass der Einfluss der mittelgradigen Depression auf die Arbeitsfähigkeit zu wenig genau geprüft worden sei. Unter den psychiatrischen Fachärzten ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.2) leidet. Entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters liegt somit keine mittelgradige Depression (F32.1 oder F33.1) vor. Die Einschätzung der psychiatrischen Fachpersonen überzeugt aufgrund der im Jahr 2009 erlebten, sehr belastenden Ereignisse (Todesfälle in der Familie, unerwartete Kündigung durch den langjährigen Arbeitgeber) und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer nur wenige depressive Symptome zeigte (insbesondere gedrückte Stimmung und Schlafstörungen, die durch Medikamente kupiert wurden). Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS hat zudem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Er hat argumentiert, dass der Beschwerdeführer aufgrund der empfundenen Schmerzen bei der Arbeit mehr Pausen benötige. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist angesichts der somatisch nicht vollständig objektivierbaren Schmerzen und der ausgesprochen tiefen körperlichen Selbsteinschätzung gut nachvollziehbar. Der psychiatrische Sachverständige hat erklärt, dass es sich beim Ellenbogenleiden um eine chronische körperliche Begleiterkrankung mit unbefriedigenden Behandlungsergebnissen handle. Aufgrund der empfundenen Schmerzen benötige der Beschwerdeführer mehr Pausen, weshalb seine Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht auch in einer adaptierten Tätigkeit um 20 % eingeschränkt sei. Der psychiatrische Sachverständige hat seine Arbeitsfähigkeitsschätzung unter Berücksichtigung der alten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen abgegeben (siehe z.B. BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Das Bundesgericht hat diese Rechtsprechung mit dem Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 (zur Publikation vorgesehen) geändert: Die bisherige Vermutung, dass der versicherten



Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung überwunden werden könnten, ist aufgehoben worden (vgl. Erw. 3.3.1 und Erw. 3.6). Die Beurteilung des psychiatrischen Sachverständigen überzeugt auch unter der neuen Rechtsprechung, die eine "ergebnisoffene symmetrische Beurteilung" anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens verlangt (Erw. 3.6). So bleibt für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insbesondere weiterhin beachtlich, dass die versicherte Person an einer körperlichen Komorbidität leidet (siehe Erw. 4.3.1.3). Auch die Behandlungsresistenz (intensive Behandlung von Juni 2008 bis Februar 2010), die starken, nur teilweise nachvollziehbaren Ellenbogenschmerzen und das konsistente Verhalten des Beschwerdeführers sind gewichtige Indizien für eine arbeitsfähigkeitseinschränkende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung. Unter Berücksichtigung dieser Indikatoren leuchtet die Einschätzung von Dr. K.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer vermehrte Pausen im Umfang von 20 % benötigt, ein. Daher ist auf die Einschätzung des psychiatrischen Sachverständigen, welche auch von RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ sinngemäss als plausibel beurteilt worden ist (IV-act. 38-1), abzustellen. Der Beschwerdeführer ist folglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig.

3.5 Mit Bezug auf die Kniebeschwerden ist folgendes festzuhalten: Der Beschwerdeführer hat anlässlich der MEDAS-Begutachtung bei der Anamneseerhebung nicht über Knieschmerzen geklagt (IV-act. 37-3 f.). Der MEDAS-Sachverständige Dr. J.\_\_\_\_ hat passend dazu in der klinischen Untersuchung durchwegs uneingeschränkt bewegliche und reizlose periphere Gelenke der unteren Extremitäten festgestellt (IV-act. 37-13). Daher muss davon ausgegangen werden, dass die Kniebeschwerden im Begutachtungszeitpunkt noch nicht soweit fortgeschritten gewesen sind, dass sie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hätten. Dr. D.\_\_\_\_ hat den Beschwerdeführer am 23. Mai 2011 und am 6. Juni 2011 am linken Knie und am 29. August 2011 am rechten Knie operiert. Das Spital Q.\_\_\_\_ hat im Februar 2012 berichtet, dass der Beschwerdeführer an einer Insertionstendinose Pes anserinus Kniegelenke beidseits leide. Da aktuell keine positiven Meniskuszeichen vorlägen, empfehle es ein konservatives Vorgehen. Den Röntgenaufnahmen vom Februar 2012 waren mediale Gelenkspaltverschmälerungen, links etwas deutlicher als rechts, als Hinweis auf einen beginnenden arthrotischen Prozess zu entnehmen. Eine schwere Gonarthrose liege



nicht vor. RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ hat erklärt, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Knieoperationen ab Mai 2011 auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Ab dem Tag der Untersuchung im Spital Q.\_\_\_\_ (29. Februar 2012) sei er in einer adaptierten Tätigkeit wieder zu 80 % arbeitsfähig gewesen. Die von den MEDAS-Sachverständigen umschriebenen Anforderungen an eine adaptierte Tätigkeit hat er um die folgenden Kriterien erweitert: Keine knienden/kauernden Tätigkeiten, keine Zwangshaltungen und kein längeres Gehen (insbesondere auf schlechter Unterlage). Demgegenüber hat Dr. D.\_\_\_\_ am 25. Februar 2012 berichtet, dass sich der Zustand bezüglich des linken Kniegelenks noch nicht stabilisiert habe. Auch beim rechten Knie bestehe eine medialbetonte Gonarthrose. Wegen der zusätzlich zur Knieproblematik bestehenden somatischen Beschwerden sei der Beschwerdeführer auch in einer sitzenden Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Zurzeit sei er in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die Angabe von Dr. D.\_\_\_\_, dass weiterhin nicht von einem stabilisierten Zustand bezüglich des linken Kniegelenks ausgegangen werden könne, ist vor dem Hintergrund der überzeugenden Ausführungen im Bericht des Spital Q.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar. Auch leuchtet nicht ein, weshalb der Beschwerdeführer aufgrund des Ellenbogen- und Rückenleidens nicht z.B. eine abwechselnd stehende/sitzende Tätigkeit sollte ausüben können, denn gemäss dem Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 1. Februar 2013 äusserten sich die Knieschmerzen beim Laufen und nicht beim Stehen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ überzeugt daher nicht. Die Klinik Valens hat dem Beschwerdeführer im Austrittsbericht vom 3. Juli 2012 in einer sehr leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Neu ist die Diagnose einer chronischen Periarthropathie coxae bds. angegeben worden. Dem Bericht ist jedoch nicht zu entnehmen, dass diese einen quantitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Die Klinik Valens hat weiter angegeben, dass der Beschwerdeführer in den Belastungstests eine deutliche Selbstlimitierung gezeigt habe und dass von einer höheren Belastbarkeit auszugehen sei. Allerdings ist unklar, ob die Klinik diese Selbstlimitierung schliesslich in ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeklammert hat, denn begründet hat sie die 50 %ige Arbeitsunfähigkeit nicht. Somit kann auch nicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik Valens abgestellt werden. Demgegenüber ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD-Arztes Dr. P.\_\_\_\_ einleuchtend, denn es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb dem Beschwerdeführer



aufgrund der Knieschmerzen keine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit (z.B. abwechselnd stehend/sitzend) zumutbar sein sollte, zumal er die aus psychischer Sicht notwendigen vermehrten Pausen im Umfang von 20 % auch zur Entlastung seiner Knie (z.B. Hochlagerung, Bewegung) nutzen kann. Insgesamt ist festzuhalten, dass mit dem RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ davon auszugehen ist, dass die Knieproblematik in einer knieschonenden Tätigkeit mit dem für das vorliegende Verfahren geltenden herabgesetzten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in quantitativer Hinsicht zumindest keinen über die 20 %ige Arbeitsunfähigkeit hinausgehenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat.

3.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit seit spätestens Juli 2010 zu 80 % arbeitsfähig ist. Aufgrund der Knieoperationen hat vom 1. Mai 2011 bis Ende Februar 2012 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit bestanden.

3.7 Die Stufe der zu gewährenden Rente (ganze, Dreiviertels-, halbe oder Viertelsrente) wird nach dem Ausmass der während der Wartezeit bestehenden Arbeitsunfähigkeit und nach Massgabe der nach zurückgelegter Wartezeit verbleibenden Erwerbsunfähigkeit bestimmt (AHI 1996 S. 177). So kann beispielsweise eine ganze Rente nur dann zugesprochen werden, wenn die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit für das abgelaufene Jahr wenigstens 70 Prozent betragen hat und weiterhin eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens gleichem Ausmass besteht (ZAK 1980 S. 282; zum Ganzen: Rz. 4001 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, Stand 1. Januar 2015). Der Beschwerdeführer ist seit Juni 2008 in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Er hat in B.\_\_\_\_ eine Maurerlehre absolviert, in der Schweiz jedoch als Hilfsarbeiter gearbeitet (siehe IV-act. 8). Als Invalidenkarriere bzw. als adaptierte Tätigkeit kommt deshalb nur eine Hilfsarbeitertätigkeit in Betracht. Es wäre dem Beschwerdeführer zumutbar gewesen, nach der Stabilisierung seines Ellenbogenleidens, d.h. ab Juli 2010, eine adaptierte Hilfsarbeitertätigkeit auszuüben. Das Wartejahr ist deshalb anhand der Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zu ermitteln. Der Beschwerdeführer ist ab dem 1. Mai 2011 in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % hat jedoch erst ab dem 1. August 2011 bestanden (9 Monate [August 2010 -



April 2011] à 20 % und 3 Monate [Mai, Juni, Juli 2011] à 100 %). Dem Einkommensvergleich ab 1. August 2011 ist somit eine 40 %ige Arbeitsunfähigkeit zugrunde zu legen.

4.

4.1 Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Der Rechtsvertreter hat geltend gemacht, dass der Beschwerdeführer wegen des durch die Lungenproblematik erzwungenen Jobwechsels bereits seit Jahren nicht mehr jenes Einkommen habe erzielen können, welches er als Gesunder hätte erwirtschaften können. Dem Arbeitgeberbericht ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens in der Pulverbeschichtung und Schäumerei gearbeitet habe. Gegenüber den MEDAS-Sachverständigen hat er einerseits angegeben, ca. die letzten fünf Jahre in der Stuhlmontage tätig gewesen zu sein. Andererseits hat er erklärt, dass der Wechsel nach einer Suva-Inspektion ca. siebeneinhalb Jahre nach Stellenantritt (1993) erfolgt sei (IV-act. 37-3). Der Beschwerdeführer müsste folglich im Zeitraum 2001-2003 in die Stuhlmontage gewechselt haben. Bei der Sichtung des IK-Auszugs fällt auf, dass sich der Lohn des Beschwerdeführers ab 1997 bis 2002 jedes Jahr erhöht hat. Die Lohnerhöhungen haben in den Jahren 1997 bis 2001 zwischen Fr. 403.-- und Fr. 1'868.-- betragen, im Jahr 2002 nur noch Fr. 197.--. Im Jahr 2003 hat der Beschwerdeführer dann Fr. 3'299.-- weniger verdient als im Vorjahr. Es deutet somit alles darauf hin, dass der Beschwerdeführer durch den gesundheitsbedingten Wechsel in die Stuhlmontage tatsächlich einen Einkommensverlust erlitten hat. Wie bereits erwähnt, ist das genaue Datum des Wechsels in die Stuhlmontage nicht bekannt; die Wahrscheinlichkeit, dass er nicht genau auf den Jahresanfang hin erfolgt ist, ist jedoch gross, da der Grund hierfür, soweit aus den Akten ersichtlich, eine Nichteignungsverfügung der Suva gewesen ist. Demzufolge kann das Erwerbseinkommen, welches der Beschwerdeführer unmittelbar vor dem Wechsel in die Stuhlmontage erzielt hat, anhand der Akten nicht eruiert werden. Allerdings ist ohnehin zu bezweifeln, ob dieses zuletzt erzielte Einkommen in der Pulverbeschichtung/Schäumerei (natürlich angepasst an die Nominallohnentwicklung) am ehesten jenem hypothetischen Erwerbseinkommen entsprechen würde, welches der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Probleme im Zeitpunkt des



frühestmöglichen Rentenbeginns, d.h. im August 2011, erzielt hätte, denn zwischen August 2011 und dem Wechsel in die Stuhlmontage (wohl 2002 oder 2003) sind beinahe zehn Jahre vergangen. Wie sich das Einkommen des Beschwerdeführers in dieser Zeit entwickelt hätte, wenn er nicht an Isocyanatasthma erkrankt wäre, ist schwierig bis unmöglich zu beurteilen.

4.2 Deshalb hat auch die Bemessung des Valideneinkommens – wie jene des Invalideneinkommens – anhand von Tabellenlöhnen zu erfolgen, konkret anhand des durchschnittlichen Einkommens eines Hilfsarbeiters im Jahr 2011. Da die Grundlagen für die Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens gleich hoch sind, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Somit bleibt noch zu prüfen, ob der Beschwerdeführer aufgrund des Gesundheitsschadens verhältnismässig weniger verdienen würde, als wenn er gesund geblieben wäre, d.h. ob ein Tabellenlohnabzug angezeigt ist. Der Beschwerdeführer leidet an diversen somatischen wie auch psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Es ist davon auszugehen, dass ihn ein zukünftiger Arbeitgeber insbesondere aufgrund des hohen Krankheits- und Ausfallrisikos nur zu einem unterdurchschnittlichen Lohn einstellen würde. Ein Tabellenlohnabzug von 15 % erscheint daher angemessen. Diese rein betriebswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Faktoren haben in den Arbeitsfähigkeitsschätzungen der MEDAS-Sachverständigen und des RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ selbstverständlich nicht berücksichtigt werden können, da sie mit der aus medizinischer Sicht zumutbaren Arbeitsleistung nichts zu tun haben. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 40 % ab 1. August 2011 hat der Beschwerdeführer folglich bei einem IV-Grad von 49 % ( $40 \% + [60 \% \times 0.15]$ ) Anspruch auf eine Viertelsrente. Gestützt auf Art. 88a IVV hat der Beschwerdeführer vom 1. November 2011 bis 31. Mai 2012 bei einem IV-Grad von 100 % Anspruch auf eine ganze Rente. Ab 1. Juni 2012 besteht kein Rentenanspruch mehr, da der IV-Grad lediglich noch 32 % beträgt.

4.3 Der Beschwerdeführer liess in der Beschwerdeschrift beantragen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, geeignete berufliche Massnahmen durchzuführen, bevor sie eine Rente verfüge. Gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatz "Eingliederung vor Rente" hat eine Selbsteingliederung bzw. eine durch eine Sozialversicherung übernommene Eingliederung zu erfolgen, bevor allenfalls eine Rente beansprucht werden kann (Ueli



Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, N 47 der Vorbemerkungen; siehe auch Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG und BGE 126 V 241 E. 5). Dem Beschwerdeführer ist rückwirkend für die Zeit vom 1. August 2011 bis 31. Mai 2012 eine befristete Rente zuzusprechen. Eine rückwirkende Anordnung von Eingliederungsmassnahmen für diesen Zeitraum ist offensichtlich nicht möglich. Ab 1. Juni 2012 hat der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch mehr, weshalb der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" ab diesem Zeitpunkt nicht zur Anwendung kommt.

5.

5.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Diese ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

### **entschieden:**

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