



Fall-Nr.: IV 2013/515
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.05.2020
Entscheiddatum: 30.11.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2015

Art. 28 IVG und Art. 7 ATSG. Rentenanspruch. Würdigung medizinischer Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit. Die subjektiven Angaben einer versicherten Person vermögen für sich allein eine Arbeitsunfähigkeit nicht rechtsgenügend nachzuweisen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ZMB-Gutachtens beruht auf einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung der geklagten Leiden und erfüllt die weiteren Voraussetzungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise. Abweisung des Rentengesuchs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. November 2015, IV 2013/515).

Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2015

Entscheid vom 30. November 2015

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2013/515

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Denise Galbier, Marty & Gmür Rechtsanwälte,
Obere Bahnhofstrasse 11, Postfach 253, 9501 Wil,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____, meldete sich am 21. November 2002 wegen Rückenschmerzen zum Bezug von IV-Rentenleistungen an (IV-act. 1). Im von der IV-Stelle eingeholten Gutachten der Klinik B.____ vom 10. Februar 2004 erwähnten die Experten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ein chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom und eine erhebliche Symptomausweitung. Für die zuletzt ausgeübte leichte körperliche Tätigkeit als Hilfselektriker bescheinigten sie dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 21), woraufhin die IV-Stelle das Rentengesuch mit Verfügung vom 8. März 2004 (IV-act. 24) abgewiesen hat.

A.b Wegen Rückenproblemen und eines am 13. Januar 2005 erlittenen Schleudertraumas meldete sich der Versicherte am 22. Februar 2005 erneut zum IV-Leistungsbezug an (IV-act. 53). Der behandelnde Dr. med. C.____, Allg. Arzt und Beinleiden, berichtete am 1. März 2005, der Versicherte leide an einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit ausstrahlenden Schmerzen ins rechte Bein (IV-act. 58). Ausgehend von einer weiterhin bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten wies die IV-Stelle in den Verfügungen vom 7. Juli 2005 das Gesuch um Rentenleistung und Arbeitsvermittlung ab (IV-act. 74 f.). Dagegen



St.Galler Gerichte

erhob der Versicherte am 6. September 2005 Einsprache (IV-act. 80), in deren Folge die IV-Stelle eine Verlaufsbeurteilung bei der Klinik B.____ in Auftrag gab. Die dortigen Experten gaben im Verlaufsgutachten vom 22. März 2006 an, der Versicherte leide mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einem chronischen Thorakolumbovertebralsyndrom mit intermittierenden pseudoradikulären Ausstrahlungen rechts. Objektiv bestünden im Vergleich zur Erstbeurteilung keine Hinweise für eine Änderung des Gesundheitszustands (IV-act. 93). Gestützt auf die verlaufsgutachterliche Beurteilung wies die IV-Stelle die Einsprache ab (Einspracheentscheid vom 8. August 2006, IV-act. 101).

A.c Der Versicherte stürzte am 19. Juli 2007 bei der Arbeit als Hilfselektriker (IV-act. 120-2) von einem ca. 4 m hohen Baugerüst und zog sich dabei ein offenes Schädelhirntrauma zu (siehe hierzu den Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St.Gallen [U.____] vom 23. Juli 2007, Fremdakten I). Vom 6. Dezember 2007 bis 17. Januar 2008 befand er sich zur Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten eine traumatische Hirnverletzung (TBI), Kopfschmerzen, Schwindel, eine depressive Störung mittleren Grades (ICD-10: F32.1) und ein vorbestehendes chronisches Lumbovertebralsyndrom. Sie bescheinigten dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 118).

A.d Am 3. März 2008 meldete sich der Versicherte wegen durch den Unfall verursachten Kopf-, Hals- und Rückenschmerzen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 103). Vom 26. Juni bis 31. Juli 2008 war der Versicherte in der D.____ AG hospitalisiert. Die dort behandelnden Ärzte diagnostizierten ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2) bei Status nach Sturz vom Baugerüst am 19. Juli 2007 mit u.a. begleitender mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10: F32.1; Austrittsbericht vom 6. August 2008, Fremdakten I). Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH Neurochirurgie, gab im Bericht vom 25. November 2008 (Datum Posteingang Suva) an, das Ausmass des organischen Psychosyndroms könne in der Regel zwei Jahre nach dem Unfall als definitiv betrachtet und zu diesem Zeitpunkt beurteilt werden (Fremdakten I).



St.Galler Gerichte

A.e Die Suva liess den Versicherten betreffend allfällige Folgen aus dem Unfallereignis vom 19. Juli 2007 unter Einbezug verschiedener medizinischer Fachrichtungen abklären (Bericht des Kreisarztes med. pract. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 25. Januar 2010; Bericht des Kreisarztes Dr. med. G.____, Facharzt FMH u.a. für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, vom 5. März 2010; Bericht des Kreisarztes Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 26. Oktober 2010; Bericht des Kreisarztes Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Oktober 2010; Fremdakten I; zur in dieser Zeit durchgeführten teilstationären Behandlung in der Privatklinik D.____ vom 6. Mai bis 10. Juni 2010 siehe den Austrittsbericht vom 15. Juli 2010, Fremdakten I). In Würdigung der Berichte der Dres. H.____ und I.____ hielt RAD-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt u.a. für Innere Medizin FMH, in der Stellungnahme vom 1. März 2011 fest, es liege eine leichte Depression und ein Spannungskopfschmerz vor. Art und Ausmass der Kopfschmerzen würden als nicht posttraumatisch beurteilt und der Schweregrad der vom Versicherten angegebenen Kopfschmerzen werde aufgrund von Inkonsistenzen angezweifelt. Er empfahl zu Klärung des Sachverhalts eine neurologisch-psychiatrische Begutachtung (IV-act. 154).

A.f Am 10. Mai 2011 wurde der Versicherte von Dr. med. K.____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, untersucht. Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 18. Mai 2011 (Datum Posteingang IV-Stelle) erwähnte Dr. K.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: einen Kopfschmerz bei chronischem Medikamentengebrauch (ICD-10: GG 44.4); eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0); besondere Persönlichkeitszüge (ICD-10: F60.7); eine Verdeutlichung (ICD-10: F44.8); eine Aggravation (ICD-10: F48.9) und eine Simulation (ICD-10: F48.9). Sowohl für die angestammte als auch für eine leidensangepasste Tätigkeit schätzte Dr. K.____ die Arbeitsfähigkeit auf 75% (IV-act. 167). Der Versicherte reichte am 8. August 2011 einen Kurzaustrittsbericht des Spitals L.____ vom 2. August 2011, in welchem er vom 31. Juli bis 2. August 2011 wegen einer Exacerbation der Kopfschmerzen hospitalisiert wurde, und eine Stellungnahme der behandelnden Dr. med. M.____, Spezialärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie FMH, vom 4. Juli 2011 zur gutachterlichen Beurteilung ein (IV-act. 172). Dr. J.____ erblickte in diesen beiden ärztlichen Berichten keinen Grund, der geeignet wäre, Zweifel am Gutachten von Dr. K.____ entstehen zu lassen (Stellungnahme vom 11. Januar 2012, IV-act. 184).



St.Galler Gerichte

A.g Gestützt auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K.____ ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 21% und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 1. Februar 2012 die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 187). Dagegen erhob dieser am 8. März 2012 Einwand und reichte weitere medizinische Berichte ein (u.a. einen Bericht von Dr. M.____ vom 8. März 2012 und von Dr. C.____ vom 22. Februar 2012, IV-act. 188). Mit ergänzender Eingabe vom 2. April 2012 (IV-act. 189) reichte der Versicherte ein Schreiben des Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamts des Kantons St.Gallen ein, worin in Aussicht gestellt wurde, das Gesuch des Versicherten um Wiedererteilung des Führerausweises gestützt auf ein verkehrsmedizinisches-verkehrspsychologisches Gutachten vom 15. März 2012 abzuweisen (IV-act. 190; zum Gutachten des Instituts N.____ vom 15. März 2012 siehe Fremdakten II). Mit Schreiben vom 1. Juni 2012 ersuchte die IV-Stelle Dr. K.____ um eine Stellungnahme zu den vom Versicherten eingereichten Berichten (IV-act. 192). Dieser antwortete am 6. Juni 2012, die diagnostische Zuordnung behalte er unverändert bei. Vor dem Hintergrund der seit Mai 2011 neu aufgelaufenen Sachverhalte würde er die medizinische und sozialmedizinische gutachterliche Beurteilung im Unterschied zum Gutachten vom 18. Mai 2011 neu wie folgt formulieren: Die besondere Persönlichkeitsstruktur des Versicherten mit Zügen aus dem manipulativen Bereich und dem Bereich der verminderten Selbstwahrnehmung im sozialen Kontext stelle (vollständig unabhängig vom Unfall und möglichen Unfallfolgen) die Gesundheitsstörung mit dem hauptsächlich relevanten Krankheitswert dar. Eine „Überwindung durch Willensanstrengung“ auch nur eines Teils der intrapsychisch verfestigten Reaktionsmuster sei dem Versicherten aus heutiger Sicht nicht möglich. Auch nach dem Kriterium der „Zumutbarkeit“, dies sowohl gegenüber einem Arbeitgeber als auch einem kollegialen Umfeld, schätze er die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit auf 0% (IV-act. 193-6). RAD-Ärztin Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in der Stellungnahme vom 19. Juli 2012 aus, es könne nicht auf die von Dr. K.____ neu bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden. Sie empfahl die Einholung eines polydisziplinären MEDAS-Gutachtens (IV-act. 196).

A.h Das Bundesgericht bestätigte letztinstanzlich im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren die Abweisung des Gesuchs des Versicherten um eine Invalidenrente und Integritätsentschädigung (Urteil vom 22. Januar 2013, 8C_747/2012, Fremdakten II).



St.Galler Gerichte

A.i Am 4. und 5. Februar 2013 (zu den Untersuchungsdaten siehe IV-act. 210) wurde der Versicherte im ZMB Zentrum für Medizinische Begutachtung, Basel, polydisziplinär (allgemein-internistisch, neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch) begutachtet. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die ZMB-Gutachter einen Status nach rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert, an. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, obwohl gegenwärtig remittiert, bestehe eine gewisse Fragilität des Versicherten, die unter entsprechender Belastungssituation wieder dekompensieren könne. Deshalb werde dem Versicherten eine Einschränkung des Rendements von 15% attestiert. Diese Beurteilung stütze sich allein auf die objektivierbaren Befunde (Gutachten vom 14. Mai 2013, IV-act. 209). Vom 6. bis 13. Februar 2013 war der Versicherte aufgrund einer amtsärztlichen fürsorgerischen Unterbringung in der Allgemein- und Notfallpsychiatrie der Psychiatrischen Klinik P.____ hospitalisiert. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen mit akuter Belastung (ICD-10: F23.81), eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und eine impulsive Persönlichkeitsakzentuierung (IV-act. 205-3 ff.; zur Stellungnahme der ZMB-Gutachter hierzu siehe IV-act. 209-75 f.). Wegen einer neuerlichen Exacerbation der Kopfschmerzen war der Versicherte vom 24. bis 26. Februar 2013 im Spital L.____ hospitalisiert (IV-act. 205-1 f.). RAD-Ärztin Dr. O.____ gelangte gestützt auf das ZMB-Gutachten zur Auffassung, es könne ab Januar 2008 von einer 85%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ausgegangen werden (Stellungnahme vom 21. Juni 2013, IV-act. 211).

A.j Im Rahmen einer zweiten Anhörung teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie werde am bisherigen Entscheid festhalten (Schreiben vom 26. Juli 2013, IV-act. 214). In der Stellungnahme vom 12. August 2013 beantragte der Versicherte die Zusprache einer ganzen Rente (IV-act. 215). Am 11. September 2013 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 218).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 11. September 2013 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 14. Oktober 2013. Der Beschwerdeführer beantragt darin deren



Aufhebung und die Zusprache einer Rente. Eventualiter sei eine weitere polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der ZMB-Gutachter sei nicht beweiskräftig (act. G 1). Mit der Beschwerde hat der Beschwerdeführer verschiedene ärztliche Berichte eingereicht. Darunter befindet sich u.a. die Einweisung des Amtsarztes Dr. med. Q.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, in die Psychiatrische Klinik P.____ zur fürsorglichen Unterbringung vom 25. September 2013 (act. G 1.11); der Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik P.____ vom 9. Oktober 2013 betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 25. September bis 1. Oktober 2013, worin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F60.9), diagnostiziert wurden (act. G 1.12); ein ärztliches Einweisungszeugnis von Dr. M.____ vom 14. Oktober 2013 zur Aufnahme einer Behandlung im Ambulatorium der Psychiatrischen Klinik P.____ (act. G 1.13). Mit ergänzender Eingabe vom 15. Oktober 2013 (act. G 2) legt der Beschwerdeführer den Austrittsbericht der Allgemein- und Notfallpsychiatrie der Psychiatrischen Klinik P.____ vom 9. Oktober 2013 betreffend die vom 4. bis 5. Oktober 2013 erfolgte Hospitalisation ins Recht (act. G 2.14).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 29. November 2013 die Abweisung der Beschwerde. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (act. G 5).

B.c In der Replik vom 16. Januar 2014 hält der Beschwerdeführer unverändert an seiner Beschwerde fest (act. G 7). Am 27. Januar 2014 hat er einen Verlaufsbericht des Ambulatoriums der Psychiatrischen Klinik P.____ vom 6. Januar 2014 eingereicht (act. G 9.1).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat die Frist für eine Duplik unbenützt verstreichen lassen (act. G 11).

Erwägungen

1.



Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der



Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

1.3 Der Nachweis der Invalidität im Rechtssinn setzt eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus (BGE 139 V 568 E. 9.4). Grundsätzlich können sowohl objektivierbare als auch medizinisch nicht oder nicht klar fassbare Beschwerdebilder die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen und somit einen Rentenanspruch begründen. Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person für sich allein eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (vgl. BGE 140 V 296 E. 3.3.1). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung daher stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können - insbesondere bei unklaren Beschwerdebildern inhärente - Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestische Angaben zu berücksichtigen sind. Bei medizinisch unklaren Beschwerdebildern nimmt die Plausibilitätsprüfung einen besonderen Stellenwert ein, was in der medizinischen Literatur speziell für Kopfschmerzen ausdrücklich hervorgehoben wird (BGE 140 V 297 E. 3.3.2 mit Hinweis auf STEFAN EVERS UND ANDERE, Die Begutachtung von idiopathischen und symptomatischen



Kopfschmerzen, Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft, Nervenheilkunde 4/2010, S. 320).

2.

In einem ersten Schritt ist die Frage zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. September 2013 auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der ZMB-Gutachter (IV-act. 218). Der Beschwerdeführer hält das ZMB-Gutachten aus verschiedenen Gründen für nicht beweiskräftig (act. G 1, Rz 5 f. und Rz 8).

2.1 Vorab anerkennt der Beschwerdeführer zu Recht (act. G 1, Rz 5), dass das ZMB-Gutachten in Kenntnis der Vorakten ergangen ist und seine Angaben berücksichtigt.

2.2 Der Beschwerdeführer bemängelt, die Schlussfolgerungen der ZMB-Gutachter seien insgesamt subjektiv geprägt. Insbesondere sei der Eindruck vorherrschend, dass das Resultat bereits im Vorfeld festgestanden habe und die Erklärung sowie Begründung „im Nachhinein gesucht“ worden seien (act. G 1, Rz 5). Weder aus dem ZMB-Gutachten noch den Ausführungen des Beschwerdeführers ergeben sich konkrete Anhaltspunkte, die auf eine voreingenommene oder sonst wie sachfremde Beurteilung durch die ZMB-Gutachter hinweisen. Das ZMB-Gutachten ist sowohl hinsichtlich Form als auch Inhalt objektiv und sachlich gestaltet.

2.3 Gegen die Beweiskraft des ZMB-Gutachtens führt der Beschwerdeführer des Weiteren die davon abweichenden Beurteilungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen, der verkehrspsychologischen Begutachtung sowie von Dr. K.____ ins Feld (act. G 1, Rz 5 und Rz 8).

2.3.1 Von Bedeutung ist zunächst, dass das ZMB-Gutachten auf einer umfassenden Voraktenkenntnis beruht (vgl. vorstehende E. 2.1) und sich die ZMB-Gutachter mit den Vorakten einlässlich auseinandergesetzt haben (etwa IV-act. 209-52, IV-act. 209-72 f. und IV-act. 209-75 f.).



2.3.2 Aus dem Bericht von Dr. E.____ vom 25. November 2008 (Fremdakten I) ergeben sich keine relevanten objektiven Aspekte, welche die ZMB-Gutachter ausser Acht gelassen haben. Gegen die Aussagekraft der Beurteilungen von Dr. M.____ spricht, dass sie in sämtlichen ihrer Berichte die in den Akten enthaltenen Hinweise auf Inkonsistenzen ausblendet (vgl. etwa IV-act. 188-11; zu den Inkonsistenzen siehe nachfolgende E. 2.5) und daraus ebenfalls keine von den ZMB-Gutachtern unberücksichtigt gebliebenen objektiven Gesichtspunkte erkennbar sind. Im Übrigen wies sie im Einweisungszeugnis vom 14. Oktober 2013 auf „massive“ psychosoziale Probleme hin (act. G 1.13). Die Einschätzung von Dr. med. R.____, Neurologisches Zentrum S.____, spricht ebenfalls nicht gegen das ZMB-Gutachten. Dr. R.____ liess einerseits offen, ob das „beklagte Störungsbild mit diffusen Begleiterscheinungen“ der affektiven Störung oder einem Frontalhirnsyndrom zuzuordnen sei (Bericht vom 20. September 2011, Fremdakten I, S. 2), und nahm andererseits keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor.

2.3.3 Im verkehrsmedizinischen Gutachten des Instituts N.____ vom 15. März 2012 (Auftrag vom 19. Januar 2012) wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um Wiedererteilung des Führerausweises beurteilt. Bei der vom Beschwerdeführer gezeigten Leistung gilt es zu beachten, dass eine verkehrspsychologische Abklärung von Dr. R.____ im an Dr. M.____ adressierten Bericht vom 20. September 2011 vor allem mit Blick auf die Beurteilung der Frage empfohlen wurde, ob sich aktuell ggf. zusätzlich zu einer interferierenden, klinisch manifesten depressiven Komponente hirnrorganische (posttraumatische) Veränderungen im Vergleich zu den Abklärungsergebnissen von Dr. phil. T.____, Psychologin/Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, an der Klinik für Neurologie des U.____, nachweisen lassen (S. 5 des Berichts vom 20. September 2011, Fremdakten I). Es scheint daher, dass der Beweggrund für die verkehrsmedizinische Beurteilung vorrangig die Abklärung und allfällige Objektivierung der vom Beschwerdeführer geklagten Leiden gebildet hat. Die verkehrsmedizinische Begutachtung äussert sich nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Gegenstand der Prüfung bildete auch nicht die Konsistenzprüfung der Angaben des Beschwerdeführers. Bei der klinischen Untersuchung haben sich keine verkehrsmedizinisch relevanten Besonderheiten ergeben (S. 7 des verkehrsmedizinischen Gutachtens, Fremdakten II). Die Verneinung der Fahreignung stützt sich auf die verkehrspsychologische Untersuchung, wobei - soweit ersichtlich -



keine Beschwerdevalidierungstests zum Einsatz gekommen sind (verkehrsmedizinisches Gutachten vom 15. März 2012, Fremdakten II). Sodann haben die ZMB-Gutachter die verkehrsmedizinische Beurteilung gewürdigt. Der neurologische Experte führte aus, dass die Leistungen nicht hirnganisch bedingt interpretiert werden könnten und von einer Relevanz psychiatrischer Einflussfaktoren auszugehen sei (IV-act. 209-52). Diese Sichtweise wurde vom Versicherungsgericht im die unfallversicherungsrechtlichen Leistungen des Beschwerdeführers betreffenden Entscheid vom 8. August 2012, UV 2011/53, bestätigt (Fremdakten II) und es besteht im vorliegenden Verfahren kein Anlass, davon abzuweichen. Des Weiteren setzte sich auch der psychiatrische ZMB-Gutachter ausführlich mit der verkehrsmedizinischen Beurteilung auseinander und begründete nachvollziehbar, weshalb gestützt darauf „nur sehr bedingt“ auf die mögliche berufliche Leistungsfähigkeit geschlossen werden kann (IV-act. 209-63). Nach dem Gesagten vermag die verkehrsmedizinische Beurteilung die Beweiskraft des ZMB-Gutachtens nicht zu erschüttern.

2.3.4 Die ergänzende Stellungnahme von Dr. K.____ vom 6. Juni 2012, worin er neu von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgeht (IV-act. 193), vermag ebenfalls keine erheblichen Zweifel am ZMB-Gutachten entstehen zu lassen. Der psychiatrische ZMB-Gutachter setzte sich nämlich mit dieser Einschätzung auseinander und begründete schlüssig, weshalb ihr nicht zu folgen ist. So legte er u.a. zutreffend dar, es sei auffallend, dass Dr. K.____ das verkehrspsychologische Gutachten nicht kritisch durchleuchtet habe. Ferner habe Dr. K.____ die von ihm bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet (IV-act. 209-63 f.). Dies wäre allerdings umso erforderlicher gewesen, als Dr. K.____ in der ergänzenden Stellungnahme an der „diagnostischen Zuordnung“ seines Gutachtens „unverändert“ festgehalten hat, worin er noch von einer 75%igen Restarbeitsfähigkeit ausgegangen war. Nachvollziehbar wiesen die ZMB-Gutachter darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer sowohl sozial als auch beruflich in seiner Heimat habe entwickeln, den Militärdienst leisten und sich während den ersten Jahren in der Schweiz beruflich betätigen können (IV-act. 209-64). Allein schon deshalb überzeugt die Auffassung von Dr. K.____ nicht, die „besondere Persönlichkeitsstruktur“ des Beschwerdeführers stelle „(vollständig unabhängig vom Unfall und möglichen Unfallfolgen)“ die relevante Gesundheitsstörung dar (IV-act. 193-5). Ergänzend kann auf die Kritik von Dr. O.____ vom 19. Juli 2012 an der ergänzenden Stellungnahme von Dr. K.____ hingewiesen werden (IV-act. 196).



2.3.5 Die unmittelbar nach der ZMB-Begutachtung erfolgte fürsorgliche Unterbringung in der Psychiatrischen Klinik P.____ (Hospitalisierung vom 6. bis 13. Februar 2013) und den Austrittsbericht vom 20. Februar 2013 haben die ZMB-Gutachter ebenfalls ausführlich diskutiert. Sie gelangten zum Schluss, dass im Vordergrund ein vorübergehender Erregungszustand im Zusammenhang mit der ZMB-Begutachtung stehe (IV-act. 209-76). Diese Auffassung deckt sich mit dem psychopathologischen Status bei Austritt („Allseits orientiert, formalgedanklich geordnet, kohärent, kein Hinweis für starkes Misstrauen, [...], affektiv ausgeglichene Stimmungslage, impulsiv/schnell reizbar, zukunftsorientierte Planung, [...], kein Hinweis für akute Selbst- und Fremdgefährdung“, IV-act. 205-4). Im Bericht der Psychiatrischen Klinik P.____ vom 9. Oktober 2013 betreffend die Hospitalisation vom 25. September bis 1. Oktober 2013 bestätigten die behandelnden medizinischen Fachpersonen die von den ZMB-Gutachtern (IV-act. 209-69) gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Die ebenfalls diagnostizierte Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10: F60.9), wird weder begründet noch findet sich hierfür eine nachvollziehbare Herleitung. Die „bei Austritt“ bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 100% ist nicht begründet und erfolgte nicht gestützt auf eine umfassende Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung der geklagten Leiden (act. G 1.12). Unter diesen Umständen vermag der Bericht vom 9. Oktober 2013 keinen Mangel am ZMB-Gutachten zu begründen. Gleiches gilt für den Austrittsbericht vom 9. Oktober 2013 betreffend die Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik P.____ vom 4. bis 5. Oktober 2013, worin im Übrigen das „Gedächtnis und Konzentration“ des Beschwerdeführers als „unauffällig“ wahrgenommen wurde (act. G 2.14). Aus dem Verlaufsbericht des Ambulatoriums der Psychiatrischen Klinik P.____ vom 6. Januar 2014 ergeben sich keine objektiven Gesichtspunkte, die sich mit dem ZMB-Gutachten nicht vereinbaren lassen. Insbesondere enthält er keine Arbeitsfähigkeitsschätzung (act. G 9.1).

2.4 Soweit der Beschwerdeführer Zweifel an der diagnostischen Einordnung der gesundheitlichen Beschwerden durch die ZMB-Gutachter vorbringt (act. G 1, Rz 6), kann offen bleiben, ob vom Vorliegen eines organischen Psychosyndroms auszugehen ist. Denn in jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend



objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar ist (BGE 127 V 298 E. 4c mit Hinweisen).

2.5 Zugunsten der Beweiskraft des ZMB-Gutachtens ist weiter zu berücksichtigen, dass die gutachterliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unter umfassendem Einbezug der Lebens- und Aktivitätsbereiche sowie von Inkonsistenzen erfolgte (IV-act. 209-69 ff.). Es bestünden gute Kontakte zur Herkunftsfamilie. Der Beschwerdeführer habe das elterliche Haus übernommen, in dem der ältere Sohn wohnhaft sei und der Beschwerdeführer seine Ferien verbringe. Um in seine Heimat zu gelangen, benutze der Beschwerdeführer den Bus oder das Flugzeug. Im Jahr 2012 sei der Beschwerdeführer zweimal in seiner Heimat gewesen (IV-act. 209-70; zum einige Wochen dauernden Ferienaufenthalt in der Heimat im Juli 2014 siehe act. G 9.1). Für den beklagten Schwindel fand der neurologische ZMB-Gutachter kein Korrelat. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer zentralen oder peripher-vestibulären Funktionsstörung fand er keine. Die bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen demonstrierte Unsicherheit qualifizierte er als funktionell (IV-act. 209-70). Die durchgeführte neuropsychologische Testung wies auf eine Aggravation des Beschwerdeführers hin (IV-act. 209-70). Die in den Vorakten ausgewiesenen „erheblichen Inkonsistenzen“, schlechte Leistungsbereitschaft, Selbstlimitierung und Symptomausweitung zogen die ZMB-Gutachter zu Recht in die Beurteilung mit ein (IV-act. 209-71 und -74). Sie wiesen sodann zutreffend darauf hin, dass der Beschwerdeführer zweimal Ferien in seiner Heimat der Fortsetzung einer Therapie vorgezogen hat (IV-act. 209-60 oben und -61). Die ZMB-Gutachter haben damit schlüssig dargelegt, weshalb sie die Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die objektiven Befunde auf 15% schätzen und die vom Beschwerdeführer darüber hinaus geltend gemachte Leistungsbeeinträchtigung hauptsächlich durch dessen subjektives Krankheitskonzept und nicht durch einen fassbaren Gesundheitsschaden begründet wird (IV-act. 209-73 f.).

2.6 Bei der Würdigung der Beweiskraft des ZMB-Gutachtens ist sodann zu berücksichtigen, dass mehrere medizinische Fachpersonen hinsichtlich des



Gesundheitsschadens bzw. des subjektiven Krankheitskonzepts zu gleichartigen Schlüssen gelangt sind.

2.6.1 So schätzte Dr. K.____ im Gutachten vom 18. Mai 2011 die gesamthafte Auswirkung der vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen auf die Ebene von Teilhabe und Partizipation in der Arbeit wie im ausserberuflichen Alltag als „quantitativ gering“ ein (IV-act. 167-13). Sodann diagnostizierte Dr. K.____ eine Verdeutlichung (ICD-10: F44.8), eine Aggravation (ICD-10: F48.9) und eine Simulation (ICD-10: F48.9; IV-act. 167-13). Er sprach ferner von „eindeutig nachgewiesenen Bemühungen um Beschwerdeverdeutlichung“, negativer Antwortverzerrung und eindeutigen Hinweisen auf manipulative Bemühungen des Beschwerdeführers. Auf Seiten der Ressourcen nannte er „insbesondere die Fähigkeiten zu beschriebenen manipulativen Bemühungen sowie die Hinweise für erhaltene Kompetenzen im Alltag“ (IV-act. 167-14). Die von Dr. K.____ ursprünglich vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung von 75% für die angestammte sowie andere leidensangepasste Tätigkeiten (IV-act. 167-15) weicht lediglich unwesentlich und nicht in einem rentenrelevanten Umfang von der im ZMB-Gutachten bescheinigten 85%igen Arbeitsfähigkeit ab.

2.6.2 Die Ärzte der Privatklinik D.____ sprachen von einer hohen Externalisierungsneigung sowie einer ausgeprägten depressiven Ratlosigkeit und Perspektivlosigkeit, möglicherweise auch aufgrund der primär persönlichkeitsbedingten Neigung zu passiv-abwartenden Versorgungserwartungen (Austrittsbericht vom 6. August 2008, S. 3, Fremdakten I). Der Beschwerdeführer gab an, dass die Erledigung von Alltagsdingen „wie Einkaufen, Türen schliessen etc. [...] kein Problem“ sei (Austrittsbericht vom 6. August 2008, S. 1, Fremdakten I), was auf bestehende Ressourcen hinweist. Im Austrittsbericht vom 15. Juli 2010 gab der behandelnde Arzt der Privatklinik D.____ an, der Beschwerdeführer sei inhaltlich sehr auf körperliche und psychische Beeinträchtigungen und die Unbeeinflussbarkeit des Geschehens eingeengt (Fremdakten I). Das ZMB-Gutachten ist ferner vereinbar mit der neuropsychologischen Beurteilung von Dr. T.____. Diese gelangte zur Erkenntnis, es hätten sich beim Beschwerdeführer unspezifische kognitive Funktionsstörungen gezeigt. Diese müssten zumindest teilweise als „nicht-authentisch“ beurteilt werden. Dabei sei es im Vordergrund zu minimalster psychischer, geistiger und körperlicher Belastbarkeit gekommen. Es bestünden diffuse Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen der



exekutiven Funktionen. Motivation und Antrieb seien tief. Im Gegensatz dazu hätten sich aber unauffällige Leistungen in der Alltagskompetenz gezeigt. Der Beschwerdeführer gebe schnell auf und zeige psychische Leistungshemmungen. Spezifische neuropsychologische Störungen seien nicht vorhanden oder würden überlagert (Bericht vom 9. Oktober 2007, S. 3, Fremdakten I). Dr. R.____ übernahm diese Einschätzung im Bericht vom 20. September 2011 und diagnostizierte mit Verweis darauf ein unspezifisches, nicht als organisch zu wertendes posttraumatisch neurokognitives Profil mit klinisch und aktuell anamnestisch deutlicher Merkfähigkeitsstörung (S. 2 des Berichts, Fremdakten I). Sie empfand die Angaben des Beschwerdeführers als „teilweise etwas ungenau“ (S. 4 des Berichts, Fremdakten I). Auch im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 22. Januar 2008 wurden (sichere) Anzeichen für eine Störung von Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Kontrollfunktionen verneint (IV-act. 118-6). Die anamnestischen Angaben zu den Schwindelbeschwerden wurden als „relativ unspezifisch und unsystematisch“ bezeichnet (IV-act. 118-3 oben). Während des Aufenthalts sei die „Schwindeldemonstration“ zum Teil nicht so sehr ausgeprägt gewesen wie bei der Eintrittsuntersuchung (IV-act. 118-8).

2.6.3 Die Beurteilung der ZMB-Gutachter ist schliesslich auch vereinbar mit den Einschätzungen der versicherungsinternen Ärzte der Suva. Kreisarzt F.____ verneinte aufgrund der unauffälligen Anamnese für die Zeit vor dem Unfallereignis vom 19. Juli 2007 psychische Auffälligkeiten oder Vorerkrankungen. Aus den Vorakten ergäben sich eine Selbstlimitierung und Symptomausweitung, eine schlechte Motivation und ein Mangel an Selbstverantwortung (S. 5 der psychiatrischen Beurteilung vom 25. Januar 2010, Fremdakten I). Kreisarzt F.____ vermutete ein einfaches Krankheitsmodell sowie wenig geförderte intrapsychische Ressourcen des Beschwerdeführers. Dem Beschwerdeführer fehle es an Motivation und Initiative (S. 6 der psychiatrischen Beurteilung vom 25. Januar 2010, Fremdakten I). Kreisarzt Dr. G.____ bescheinigte dem Beschwerdeführer aus ORL-ärztlicher Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Die „subjektiven Schwindelbeschwerden“ konnte er nicht auf objektive Befunde zurückführen und er schloss eine organisch strukturelle Schädigung aus. Wegen des Schwindels sei der Beschwerdeführer „auch noch nie gestürzt“ (Bericht vom 5. März 2010, Fremdakten I). Aus neurologischer Sicht äusserte sich Kreisarzt Dr. H.____ zu den vom Beschwerdeführer geklagten Leiden. Während des zweistündigen Gesprächs seien keine schwerwiegenden kognitiven Defizite erfassbar gewesen. Die Konzentration und



die Aufmerksamkeit des Beschwerdeführers seien unauffällig gewesen (S. 12 des Berichts vom 26. Oktober 2010, Fremdakten I). Betreffend den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kopfschmerz führte er aus, es fehlten objektive Befunde, weshalb der Prüfung der Angaben des Beschwerdeführers auf ihre Konsistenz eine wesentliche Bedeutung zukomme. In der aktuell durchgeführten Labordiagnostik hätten die Medikamente nicht nachgewiesen werden können bzw. seien unter dem therapeutischen Bereich gelegen. Die Laborbefunde sprächen eher gegen die Konsistenz der Angaben. Die fehlende Modulierbarkeit der Kopfschmerzintensität mit durchgehend im obersten Bereich dokumentierten Schmerzstärken lasse ebenfalls an der Konsistenz der Angaben des Beschwerdeführers zweifeln (S. 15 f. des Berichts vom 26. Oktober 2010, Fremdakten I). Des Weiteren ergeben sich aus dem Bericht von Dr. H.____ noch namhafte Alltagsaktivitäten (S. 10 f. des Berichts vom 26. Oktober 2010, Fremdakten I). Nach dem Frühstück sowie am Nachmittag gehe der Beschwerdeführer spazieren. Gelegentlich treffe er Kollegen in einem Restaurant. Den Vormittag verbringe er mit Fernsehen, was Fragen an den geltend gemachten durchgehenden Kopfschmerzen (siehe hierzu S. 8 und S. 16 des Berichts vom 26. Oktober 2010, Fremdakten I) bzw. deren Intensität aufwirft. In der psychiatrischen Stellungnahme vom 20. Oktober 2010 gab Kreisarzt Dr. I.____ an, der Gedankengang des Beschwerdeführers sei kohärent, Auffassung und Konzentration seien nicht beeinträchtigt. In seinen Äusserungen dominierten Klagen über seinen körperlichen Zustand mit Kopfschmerzen, Schwindel, Störung von Gedächtnis und Konzentration [...]. Der Beschwerdeführer gebe erhebliche Störungen des Gedächtnisses an, wobei er sich an manche Einzelheiten seiner Biografie, abweichend von seinem ansonsten wiederholt geklagten Vergessen, durchaus gut erinnern könne, und zwei Fremdsprachen spreche (mit seiner behandelnden Psychiaterin unterhalte er sich auf Serbisch, für ihn ebenfalls eine Fremdsprache wie Deutsch). Bei der jetzigen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer zwar auffällig gezeigt, ohne aber die Kriterien einer deutlichen depressiven Störung zu erfüllen. Die kognitiven Ausfälle seien nicht konsistent, sondern abhängig von der jeweiligen Thematik. Unbeabsichtigt würden normale Leistungen gelingen (S. 5 ff. der Stellungnahme, Fremdakten I).

2.7 Im Licht der genannten Ausführungen besteht kein Anlass, von der Arbeitsfähigkeitsschätzung gemäss ZMB-Gutachten abzuweichen bzw. weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten. Angesichts dessen, dass sich diese



Arbeitsfähigkeitsschätzung sowie die dieser zugrunde liegende Ressourcenprüfung im Wesentlichen mit einem Grossteil der Voraktenlage deckt (vgl. etwa vorstehende E. 2.6.3 sowie das Gutachten von Dr. K.____ vom 18. Mai 2011; vgl. auch die Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. O.____ vom 21. Juni 2013, IV-act. 211) und sich daraus keine seit Januar 2008 aufgetretene, längerdauernde erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ergibt, ist mit RAD-Ärztin Dr. O.____ der Beginn der 85%igen Arbeitsfähigkeit auf den 1. Januar 2008 festzulegen (IV-act. 211-2). Des Weiteren kann der seit der ZMB-Begutachtung ergangenen medizinischen Aktenlage keine rentenrelevante gesundheitliche Verschlechterung entnommen werden (vgl. hierzu vorstehende E. 2.3.5).

3.

Gemäss IK-Auszug hat der Beschwerdeführer erheblich schwankende Jahresverdienste erzielt. Zeitweise bezog er Arbeitslosenentschädigung (IV-act. 59). Die in der Vergangenheit erarbeiteten Einkommen bilden daher keine verlässliche Grundlage für die Bestimmung der Erwerbsmöglichkeiten im Gesundheitsfall bzw. des Valideneinkommens. Da keine Anhaltspunkte ersichtlich sind, der Beschwerdeführer hätte im Gesundheitsfall im Vergleich zu den Hilfsarbeiterlöhnen einen überdurchschnittlichen Lohn erwirtschaftet, ist zur Bestimmung des Invaliditätsgrads ein Prozentvergleich vorzunehmen. Angesichts dessen, dass die 85%ige Arbeitsfähigkeit auch in Bezug zur bisherigen Tätigkeit als Hilfselektriker bescheinigt wurde (IV-act. 209-73), kommt - wenn überhaupt - ein Tabellenlohnabzug von höchstens 10% in Frage. Damit resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von aufgerundet 24% ($15\% - [85\% \times 10\%]$) und es erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit dem (erst im Beschwerdeverfahren vorgebrachten) Standpunkt der Beschwerdegegnerin, wonach ein invalidisierender Gesundheitsschaden gänzlich zu verneinen sei (act. G 5, Rz 2.2).

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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).



St.Galler Gerichte

Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der vollständig unterliegende Beschwerdeführer hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu tragen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm daran angerechnet. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm daran angerechnet.