



Fall-Nr.: IV 2013/8
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 27.05.2020
Entscheiddatum: 21.08.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 21.08.2015

Die Beschwerdefrist hat nicht bereits durch die Eröffnung der Verfügung gegenüber dem Beschwerdeführer, sondern erst mit der Eröffnung der Verfügung gegenüber seiner Rechtsvertreterin zu laufen begonnen (vgl. BGer I 868/02). Die Beschwerdefrist ist deshalb gewahrt. Art. 28 und Art. 28a IVG. Anwendung der neurechtlichen Bestimmungen zum Rentenbeginn, Androhung einer reformatio in peius. Abweisung der Beschwerde. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. August 2015, IV 2013/8.)

Entscheid Versicherungsgericht, 21.08.2015

Entscheid vom 21. August 2015

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Lea Locher

Geschäftsnr.

IV 2013/8

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Stephanie Bialas,
Oberer Graben 44, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 6. Oktober 2008 (Eingangsdatum) wegen eines Rückenleidens bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er gab u.a. an, in B.____ eine Schreinerlehre absolviert zu haben und zuletzt für die C.____ AG tätig gewesen zu sein.

A.b Die C.____ AG berichtete am 21. November 2008 (IV-act. 18), dass sie den Versicherten vom 1. Dezember 2001 bis 16. Februar 2007 zu 100 % als Mitarbeiter Produktion/Fertigung-Sonderbau beschäftigt habe. Seit dem 18. Juni 2007 erledige er noch leichtere Arbeiten. Der Versicherte verdiene seit 1. Februar 2008 Fr. 4'764.-- pro Monat. Bei der bisherigen Tätigkeit habe es sich um eine vorwiegend stehende Tätigkeit gehandelt, bei der der Versicherte selten leichte bis schwere Gewichte habe tragen oder heben müssen. Gemäss dem IK-Auszug hatte der Versicherte im Jahr 2006 ein Einkommen von Fr. 67'903.-- erzielt (IV-act. 20-1).

A.c Am 30. November 2008 reichte Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, das unterzeichnete und ergänzte Gesprächsprotokoll vom 27. Oktober 2008 ein (IV-act. 19-1 f.). Der Hausarzt hatte damals gegenüber RAD-Ärztin Dr. med. E.____ angegeben, dass der Versicherte seit Februar 2007 an einem Status nach



zwei Diskushernienoperationen leide. Zum Zeitpunkt des Gesprächs hatte der Hausarzt die Arbeitsunfähigkeit wegen einer eingeschränkten Rückenbelastbarkeit auf 66 % geschätzt; der Arbeitsplatz sei bereits adaptiert worden. Ab 1. Dezember 2008 sei der Versicherte zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig. Es sei eine weitere Rückenoperation vorgesehen. Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) hatte in einem beigelegten Bericht vom 7. Oktober 2008 (IV-act. 19-3 ff.) die folgenden Diagnosen angegeben: Persistierende Lumboischialgie links bei Diskushernie L4/5 sowie Rezidivhernie L5/S1, fortgeschrittene Spondylarthrosen bei Status nach mikrochirurgischer Nukleotomie L4/5, L5/S1 am 23. Januar 2008, mikrochirurgische Nukleotomie L5/S1 links und Facettengelenksinfiltration L4/5 sowie L5/S1 am 27. August 2008. Die Klinik hatte erklärt, dass die Infiltration keine wesentliche Beschwerdebesserung gebracht habe. Der Versicherte sei durch die ausstrahlenden Schmerzen in den linken Fuss sowie die Rückenschmerzen weiterhin stark eingeschränkt. Inzwischen sei er zudem erheblich depressiv. In den MRI-Aufnahmen zeige sich eine erneute Sequestrierung L5/S1. Hier sei die Indikation für eine Fusion des Segmentes gegeben, die eventuell auf das Bandscheibenfach L4/5 ausgedehnt werden müsse. Die Symptomatik von Seiten der Nervenwurzel L5 habe sich deutlich verbessert. Der Versicherte habe sich noch nicht für einen operativen Eingriff entscheiden können. Eine vollständige Erholung könne trotz Operation nicht gewährleistet werden. Eine schwere körperliche Arbeit sei dem Versicherten auch nach der Operation nicht mehr möglich. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 15. Januar 2009 mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 23).

A.d Am 25. Februar 2009 fand ein Gespräch zwischen dem Arbeitgeber, der IV-Eingliederungsverantwortlichen, der Suva und dem Versicherten statt (IV-act. 25). Dem Protokoll war zu entnehmen, dass es dem Versicherten beim Gespräch physisch und psychisch sehr schlecht gegangen sei. Der Versicherte habe Angst vor einer weiteren Operation. Es beschäftige ihn sehr, dass die beiden letzten Operationen keine Verbesserung seines Gesundheitszustandes gebracht hätten. Den letzten Arbeitsversuch (Zuschneiden von Glasstäben) habe er abbrechen müssen, obwohl es sich um eine leichte Tätigkeit gehandelt habe.



St.Galler Gerichte

A.e Am 3. März 2009 wurde der Versicherte im Auftrag der Suva von Dr. med. F.____, leitender Oberarzt Wirbelsäulen Chirurgie der Schulthess Klinik, untersucht (Bericht vom 4. März 2009, IV-act. 26). Er gab folgende Diagnosen an:

- Chronische Lumboischialgie links;
- Status nach zweimaliger Dekompressionsoperation:
 - L5/S1 links am 21. Februar 2007;
 - Status nach Re-Dekompression bei Rezidivdiskushernie L5/S1 sowie Dekompression der Etage L4/5 am 23. Januar 2008;
- persistierende Fussheber- und Fussheberparese;
- Osteochondrose L5/S1;
- Status nach Facettengelenksinfiltration L4/5 und L5/S1 am 27. August 2008.

Dr. F.____ kam zum Schluss, dass die radiologischen Veränderungen eher diskret seien und das Zustandsbild des Versicherten massiv invalidisiert sei. Der Versicherte habe Symptome der Schmerzausweitung und ein stark depressives Zustandsbild gezeigt. Vor einer weiteren Operation sollten eine Verbesserung der Standortbestimmung (inkl. elektrophysiologischer Untersuchung) und eine psychosomatische Exploration durchgeführt werden. Sollten die Befunde die Problematik in der Etage L5/S1 bestätigen, könne er gegebenenfalls die stabilisierende Operation L5/S1, gegebenenfalls mit Verlängerung, empfehlen.

A.f Vom 15. April bis 14. Mai 2009 absolvierte der Versicherte einen durch die Suva veranlassten stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon (Austrittsbericht vom 9. Juni 2009, act. G 5.2, Suva-Fremdakten, nicht akturiert). Die Klinik gab die folgenden Diagnosen an:

- Unfall vom 15. Februar 2007: Verhebetauma:



St.Galler Gerichte

- Akuter mediolateraler Bandscheibenvorfall L5/S1 links mit Wurzelkompression der S1-Wurzel;
- chronische Lumboischialgie links bei Status nach zweimaliger Dekompressionsoperation;
- mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), belastende psychosoziale Situation;
- arterielle Hypertonie (medikamentös behandelt) und Psoriasis.

In der zusammenfassenden Beurteilung gaben die Klinikärzte an, dass aktuell ein Beschwerdebild mit chronischer Lumboischialgie links, persistierender Fussenker- und Fussheberschwäche links sowie deutlicher Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule mit Entlastungsschonhinken bestehe. Zudem liege eine deutliche depressive Verstimmung vor. Die Psychiaterin des Hauses, Dr. med. G.____, habe beim Versicherten eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert. Zusätzlich habe sie eine belastende psychosoziale Situation festgestellt. Aus psychiatrischer Sicht liege derzeit eine leichte bis mittelschwere Leistungsminderung vor. Dem psychosomatischen Konsilium vom 29. Mai 2009 war zudem zu entnehmen, dass sich die psychische Verfassung seit der zweiten Operation im Januar 2008 zunehmend verschlechtert habe. Der Versicherte sei wegen der bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen, der Leistungsminderungen an seinem Arbeitsplatz, der Einschränkung in der Mobilität und der leichten Inkontinenz in einen depressiven Zustand geraten. Die Motivation und der Antrieb sowie die Hoffnung, dass es ihm wieder besser gehen werde, seien geringer geworden. Er könne sich nicht mehr freuen, sei stets traurig, weinerlich, deprimiert, hilflos, verzweifelt und habe Zukunfts- und Existenzängste. In den letzten Monaten habe er 20 kg zugenommen. Die Sehnsucht nach seinen Kindern, die er fast zwei Jahre nicht gesehen habe, verschlechtere seine psychische Lage wesentlich. Er zeige einen Rückzug von seinem sozialen Umfeld und regressive Tendenzen. Die Klinikärzte gaben weiter an, dass der Versicherte von der Neurologin der Klinik, Dr. med. H.____, untersucht worden sei. Aufgrund elektromyographischer Zeichen einer geringgradig ausgeprägten aktiven Denervierung im Myotom S1 links (ohne Reinnervation) und L5



links (mit Reinnervation) werde von einer höchstens mehrere Wochen bis wenige Monate alten axonalen Läsion S1 und einer älteren Läsion L5 links ausgegangen. Aufgrund der psychischen Beeinträchtigung mit Somatisierung und der Einschätzung von Dr. F. ___ vom 3. März 2009 habe man vorerst von einer chirurgischen Vorstellung Abstand genommen. Mit Bezug auf die therapeutischen Massnahmen hielten die Klinikärzte fest, dass der Versicherte nur wenig bereit gewesen sei, ein gewisses Mass an Schmerzen zu tolerieren und sich bis an die beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze belasten zu lassen. Im Vordergrund habe immer wieder die psychische Einschränkung mit deutlicher Selbstlimitierung gestanden. Als Nächstes seien weitere medizinische Massnahmen in Form einer psychiatrischen Weiterbehandlung ggf. mit einem Tagesklinik-Aufenthalt geplant. Die Tätigkeit als Mitarbeiter in der Fensterproduktion sei dem Versicherten aktuell aufgrund des zu hohen psycho-physischen Anforderungsprofils nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit könne erst nach der psychischen Stabilisierung geschätzt werden. Der Versicherte sei daher auch im Anschluss an den Klinikaufenthalt in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

A.g Vom 15. Juni bis 14. August 2009 wurde der Versicherte in der psychiatrischen Tagesklinik Z. ___ behandelt (Austrittsbericht vom 14. August 2009, IV-act. 33-6 ff.). Die Klinikärzte gaben als psychiatrische Diagnosen eine mittelgradige depressive Störung (F32.1) und einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (F45) an. Zu Beginn sei der tagesklinische Alltag durch die Schmerzen stark eingeschränkt gewesen. Zudem seien stark wechselnde Stimmungslagen aufgefallen. Der Versicherte habe sich rasch eingelebt. Im Gruppenalltag sei aufgefallen, dass er sich sehr bemüht habe, die anderen aufzuheitern. In diesen Bemühungen sei er manchmal distanzlos geworden, was ihm trotz verschiedenster Rückmeldungen nicht verständlich geworden sei. Der Versicherte sei bereit, alles zu versuchen, um seine Situation zu verbessern. Da der Status quo ante nicht mehr zu erreichen sei, komme es zu fortwährenden Enttäuschungen. So sei es während des Aufenthaltes nicht möglich gewesen, die Schmerzmedikation oder das Zyprexa zu reduzieren, obwohl er sich häufig über die vielen Tabletten, welche er einnehmen müsse, beschwert habe. Das Zustandsbild habe sich während der teilstationären Hospitalisation stabilisiert, was insbesondere auf die Tagesstruktur und den Kontakt zu Mitmenschen zurückzuführen sei. Das gezeigte Beschwerdebild habe sich jedoch nicht wesentlich geändert. Da kein Korrelat mit den



St.Galler Gerichte

somatischen Befunden bestehe, müsse von einer Entwicklung in Richtung einer anhaltenden somatoformen Störung ausgegangen werden. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig.

A.h Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 10. September 2009 (IV-act. 33-1 ff.), dass sich der Versicherte seit dem 20. Mai 2009 in ein- bis zweiwöchentlichem Abstand bei ihr in Behandlung befinde. Er leide an einer zunehmenden depressiven Entwicklung, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung (F38.8). Dr. I.____ befand, dass der Versicherte deprimiert und labil sei. Es bestünden eine Störung der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, Schlafstörungen, ein Morgentief, Frustessen, Einsamkeits- und Minderwertigkeitsgefühle. Der Versicherte sei in allen Tätigkeiten seit dem 20. Januar 2009 und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

A.i In einem Bericht vom 22. Oktober 2009 gab die Klinik für Urologie des KSSG an, dass der Versicherte an einer obstruktiven Miktions symptomatik leide. Am 1. März 2010 berichtete dieselbe Klinik, dass sich der Versicherte am 11. Februar 2010 einer TUR-Blasenhalsinzision und einer Meatotomie nach Sachse unterzogen habe (act. G 5.2, Suva-Fremdakten).

A.j Am 24. März 2010 wurde der Versicherte vom Kreisarzt der Suva St. Gallen, Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Chirurgie, untersucht (Bericht vom 30. März 2010, act. G 5.2, Suva-Fremdakten). Der Kreisarzt diagnostizierte eine persistierende chronische Lumboischialgie links bei mittelgradig depressiver Episode mit somatischem Syndrom. Die Compliance bei der Untersuchung sei wegen der depressiven Stimmungslage und den subjektiven Beschwerden erheblich eingeschränkt gewesen. Die Befunderhebung am Rücken sei kaum möglich gewesen. Die Gehmöglichkeit im Untersuchungsraum habe nicht derjenigen nach Verlassen des Suva-Gebäudes und beim Gang zum Röntgeninstitut entsprochen. Die sensomotorischen Einschränkungen seien medizinisch erklärbar, das Ausmass sei jedoch wegen der stark eingeschränkten Compliance und der somatoformen Überlagerung schwierig zu korrelieren. Die aktuellen Röntgenaufnahmen zeigten im Vergleich mit denjenigen aus den Jahren 2004 und 2008 keine Progredienz der leichten degenerativen Veränderungen.



St.Galler Gerichte

A.k Die Arbeitgeberin teilte der IV-Stelle am 30. März 2010 mit, dass sie das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten wegen der Wirtschaftslage per 31. Mai 2010 aufgelöst habe (IV-act. 39).

A.l Vom 21. bis 23. März 2011 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von der MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär (rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 16. Juni 2011, IV-act. 50). Die Sachverständigen gaben die folgenden Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit an:

- Chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom links mit möglicher radikulärer Reiz- und sensibler Ausfallsymptomatik L 5 weniger S1 links;
- histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4) bei
- Status nach rezidivierenden depressiven Störungen, gegenwärtig remittiert;
- Verdacht auf zusätzliches komplexes Nebenwirkungssyndrom bei Polypharmazie;
- Tramal- und Benzodiazepinabhängigkeit.

Die Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lauteten: Anhaltende Miktionsproblematik, arterielle Hypertonie, Adipositas, Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom, massive Hyperlipidämie und anamnestisch Status nach Zugtrauma am linken Arm im Jahr 2004 (fragliche muskulo-tendinöse Läsion, DD organisiertes Hämatom bei Status nach Muskelfaserriss, Bursaschwellung). Dr. med. K.____, Facharzt FMH Rheumatologie, gab im rheumatologischen Teilgutachten (IV-act. 50-38 ff.) an, der Versicherte habe über ausgeprägte, in das linke Bein ausstrahlende Rückenschmerzen in der Lendenwirbelsäule geklagt. Die Schmerzen seien Tag und Nacht vorhanden und würden im Lendenwirbelsäulenbereich einen stechenden und brennenden und hinten am linken Ober- und Unterschenkel einen elektrisierenden Charakter aufweisen. Zudem habe der Versicherte kein Gefühl auf der Aussenseite des linken Fusses und weniger Gefühl an der Aussenseite des linken Unterschenkels. Im Verlauf der letzten zwei Jahre habe sich an seinen Beschwerden nichts geändert, er



habe in dieser Zeit insgesamt 30 kg zugenommen. Der rheumatologische Sachverständige hielt fest, dass die Untersuchung eine streng lokalisierte, extreme Schmerzproblematik im Bereich der Lendenwirbelsäule L4/5 und L5/S1 mit reaktiv paralumbalem Muskelhartspann und Zeichen einer möglichen radikulären Reiz- und residuellen sensomotorischen Ausfallsymptomatik insbesondere S1, weniger L5 links betreffend und mit Zeichen einer schonungsbedingten Atrophie des M. quadrizeps links, gezeigt habe. Daneben sei ein extremes, nicht vollumfänglich nachvollziehbares Schmerzverhalten mit Hyperventilation, Stöhnen, Grimassieren und ausgeprägtem Abwehrverhalten aufgefallen. Eine eigentliche Schmerzausweitung könne weder anamnestisch noch aufgrund der Befunde festgestellt werden. Hinsichtlich der angegebenen Beschwerden im linken Arm mit Schwäche und objektivierbarer prallelastischer Schwellung im Bereich der linken Ellenbeuge medial handle es sich seines Erachtens nicht um eine rupturierte lange Bizepssehne, sondern differentialdiagnostisch am ehesten um eine chronische Bursitis oder allenfalls ein konsolidiertes, organisiertes Hämatom nach Muskelfaserriss bei anamnestisch Status nach Armzerrung links im Jahr 2004. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine erhebliche Minderbelastbarkeit des Achsenorgans auf erhöhte statische oder dynamische Krafteinwirkungen insbesondere ausserhalb der Körperachse. Dem Versicherten seien deshalb keine körperlich schweren und mittelschweren Arbeiten, keine Arbeitshaltungen mit häufig vorgeneigtem oder abgedrehtem Oberkörper, keine Arbeiten auf Dächern, auf Gerüsten oder mit vibrierenden Maschinen, keine Arbeiten mit Witterungs- und Kälteexpositionen sowie keine Arbeitspositionen in einer sitzenden oder stehenden Zwangshaltung mehr zumutbar. Da es sich bei seiner bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter in einer Fensterfabrik um eine körperliche Schwerarbeit handle, sei er in dieser Tätigkeit seit dem 15. Februar 2007 bleibend zu 100 % arbeitsunfähig. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten seien dem Versicherten maximal fünf Stunden pro Tag zumutbar; hinzu komme eine geschätzte Leistungseinbusse von 20 % infolge eines schmerzbedingt vermehrten Bedarfs an Pausen und einem langsameren Arbeitstempo. Der Versicherte sei somit in einer optimal adaptierten Tätigkeit maximal noch zu 50 % arbeitsfähig. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei auf ca. Sommer 2008, d.h. ein halbes Jahr nach der zweiten Operation, festzulegen. Mit Bezug auf die medizinischen Massnahmen erklärte der rheumatologische Sachverständige, dass der Endzustand



erreicht sei. Wirbelsäulenorthopädisch wäre an sich die Indikation für einen stabilisierenden Eingriff gegeben, die Erfolgsaussichten seien aufgrund der psychischen Situation jedoch zurückhaltend zu beurteilen. Die medikamentöse Therapie halte er, da nebenwirkungsreich, für kontraproduktiv. Dr. med. L.____, Neurologie FMH, gab im neurologischen Teilgutachten (IV-act. 50 - 51 ff.) an, dass die Untersuchung und die Beurteilung durch das ausgeprägte Schmerzverhalten wesentlich erschwert gewesen seien. Es bestehe eine Gangstörung mit ausgeprägtem Entlastungshinken links und fehlendem Abrollen, wobei sich das Gangbild nach dem Verlassen der neurologischen Praxis wesentlich flüssiger mit sichtbarem Abrollen links verbessert habe. Im Bereich des linken Armes habe sich eine diffuse, nicht näher fassbare fragliche Kraftminderung bei nur inkonstantem Innervieren und Nachlassen gezeigt. Es bestehe eine diffuse Kraftminderung des linken Beines bzw. eher eine verminderte Innervation, so dass die Kraft letztendlich nicht beurteilt werden können. Die Lasègue-Prüfung mit der Frage nach einer persistierenden Reizsymptomatik habe nicht durchgeführt werden können. Neurologisch-klinisch bestehe ein in etwa unveränderter Befund gegenüber demjenigen der Rehaklinik im Mai 2009. Soweit fassbar bestehe ein lumboradikuläres sensibles Ausfallsyndrom S1 und leicht L5. Die ausstrahlenden Schmerzen ins linke Bein seien am ehesten im Sinne eines residuellen Schmerzsyndroms zu interpretieren. Aufgrund der beschriebenen Befunde mit einer deutlichen Überlagerung und einem ausgeprägten Schmerzverhalten sei die Beurteilung aus neurologischer Sicht schwierig. Bei der langen Medikamentenliste mit Analgetika, Antidepressiva, Antiepileptika sowie Neuroleptika könne nicht mit Sicherheit beurteilt werden, ob allenfalls überlagernd noch eine Nebenwirkung durch diese Polymedikation bestehe. Eine Abgrenzung der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht von jener aus rheumatologischer Sicht sei nicht möglich. Deshalb sei die Arbeitsfähigkeit gemeinsam beurteilt worden. Dr. med. M.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte im psychiatrischen Teilgutachten vom 4. April 2011 (IV-act. 50 - 56 ff.), der Versicherte habe angegeben, dass die Kinder seit der Scheidung im Juni 2007 keinen Kontakt mit ihm haben wollten. Das Besuchsrecht sei eingeschränkt worden. Aus heutiger Sicht betrachtet habe ihm die Scheidung nie Schmerzen bereitet und auch der Kontaktabbruch zu den Kindern habe ihn nicht getroffen. Seine Verletzungen und nicht die Scheidung hätten ihn geärgert. Er habe Wutgefühle auf seine erste Frau, da sie ihm



durch die Übernahme des Hauses seine Existenzgrundlage entzogen habe. Durch eine erneute Heirat habe er die Inanspruchnahme der Spitex umgehen können. Ohne Ehefrau sei er völlig hilflos gewesen. Er könne sich nicht vorstellen, was für Motive seine zweite Frau zur Heirat bewogen hätten. Sie arbeite zu 100 % und besorge den Haushalt vollumfänglich. Sie müsse ihn im Alltag weitgehend unterstützen. Durch seine Inkontinenz sei er in seinen gesellschaftlichen Aktivitäten eingeschränkt. Er könne sich nicht vorstellen, mit den Schmerzen irgendeine Form von Lohnarbeit auszuüben. Er sei durchaus in der Lage, Freude zu erleben, interessiere sich intensiv für das Malen von Landschaftsbildern. Er schlafe sehr schlecht, sei oft müde und leide unter nächtlichem Gedankenkreisen. Der psychiatrische Sachverständige hielt in seiner Beurteilung fest, dass betreffend die Kindheit und Jugend wenig psychische Auffälligkeiten bekannt seien. Die Mutter habe offenbar nach dem frühen Tod des Vaters eine gute Entwicklung und Ausbildung sicherstellen können. Der Versicherte sei Schreiner und Berufsfeuerwehrmann geworden und habe sich in beiden Bereichen ausserordentlich gut bewährt. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung müsse eigentlich eine Fehlentwicklung vom adoleszenten Alter an durchgängig bis heute beinhalten. Da relativ wenige zuverlässige Daten über diesen Zeitabschnitt vorhanden seien, sei die Diagnostik mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Der heutige Zustand des Versicherten könne allerdings durch keine andere Diagnose ähnlich gut veranschaulicht werden, sodass trotzdem eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden sei. Für diese Diagnose sprächen vor allem die Beziehungen des Versicherten zu den beiden Ehefrauen, die er beide in einer sehr saloppen und abwertenden Art und Weise dargestellt habe. Beide Beziehungen hätten nicht lebendig erschienen, von echten Gefühlen sei bezüglich der ersten Frau nichts zu spüren gewesen. Im Zusammenhang mit dem Hauskauf habe er den Eindruck gewonnen, dass irgendetwas nicht stimmen könne und dass ihm der Versicherte im Rahmen einer Selbstinszenierung Daten bewusst oder unbewusst vorenthalten habe. Die beruflichen Fähigkeiten des Versicherten seien wohl immer überdurchschnittlich gewesen. Die im Gespräch beobachtete theatralische Seite, das Wechseln zwischen der Weinerlichkeit und dem grossen Interesse an den Photographien im Besprechungszimmer passten sehr gut zur Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung, die wohl auch die Integrationsfähigkeit im Alltag bestimme. Einzelne depressive Phasen könnten durchaus aufgetreten sein, weshalb die in den Akten mehrfach erwähnten Diagnosen



nicht als falsch, sondern als vorübergehend zu bewerten seien. Auch wenn in Berichten erwähnt werde, dass es dem Versicherten psychisch nicht gut gehe, seien diese Beobachtungen sowohl mit der Persönlichkeitsstörung als auch mit einzelnen depressiven Episoden sehr gut vereinbar. Eine hochdosierte Psychopharmakotherapie, wie sie verschrieben worden sei, sei durch die Diagnosen in keiner Weise gerechtfertigt. Insbesondere die Kombination mehrerer Schmerzmittel mit mehreren Psychopharmaka führe mutmasslich zu einer zusätzlichen Beeinträchtigung, zu einer Reduktion des Aktivitätenniveaus und damit zu einer Verfälschung der psychiatrischen Störung im engeren Sinne. Damit werde auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erschwert. Eine Depression lasse sich im aktuellen Zeitpunkt nicht feststellen und Psychopharmaka seien bei einer Persönlichkeitsstörung nur mit grösster Zurückhaltung und in niedrigsten Dosen einzusetzen. Nach den gemessenen Serumspiegeln sei die Compliance schon jetzt ungenügend, weshalb Symptome als Folge der Verabreichung unwahrscheinlich seien. Persönlichkeitsstörungen vermöchten in der Regel keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung reagiere der Versicherte jedoch übermässig auf die körperlichen Befunde. Aus den Resultaten des ICF-Ratings sei ersichtlich, dass durch die Kombination der körperlichen und der psychischen Aspekte tatsächlich relevante Defizite entstünden, die einer Arbeitsfähigkeit in vollem Umfang entgegenstünden. Umstellungen würden dem Versicherten Mühe bereiten und er benötige längere Erholungsphasen. Er konzentriere sich übermässig auf seine körperlichen Wahrnehmungen, werde dadurch von einer möglichen Berufstätigkeit abgelenkt und es würden Energien absorbiert, die dann für die Arbeit nicht mehr zur Verfügung stünden. Der psychiatrische Sachverständige schätzte die Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht im Sinne einer groben Näherung in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit auf 50 %. Die Arbeitsunfähigkeit habe sich wohl schleichend durch die Kombination der Persönlichkeitsstörung und der Schmerzsymptomatik entwickelt. Aus Zweckmässigkeitsgründen sei der Eintritt der Arbeitsunfähigkeit auf den letzten Arbeitstag festzusetzen. Es liege eine Chronifizierung vor, die in der Regel nur schwer angebar sei. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Sachverständigen die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auf 50 %. Bei einer adaptierten Tätigkeit handle es sich um eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit. Der Versicherte bedürfe etwas vermehrter Pausen, er müsse zwischendurch aufstehen und etwas



St.Galler Gerichte

herumgehen können. Die Präsenzzeit dürfe deshalb mehr als 50 % betragen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte ab dem Datum der Schlussbesprechung, d.h. ab dem 13. Mai 2011. Bis zu diesem Zeitpunkt sei der Versicherte arbeitsunfähig geschrieben.

A.m In einer Stellungnahme vom 22. Juni 2011 erklärte RAD-Ärztin Dr. E.____ (IV-act. 52), dass aus dem MEDAS-Gutachten nicht hervorgehe, ob es durch medizinische Massnahmen zu einer arbeitsfähigkeitsrelevanten Besserung des Gesundheitszustandes kommen würde. Am 27. Juni 2011 (IV-act. 54) fragte die IV-Stelle bei der MEDAS Zentralschweiz nach, ob durch eine Medikamentenreduktion mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere auch in rheumatologischer Hinsicht, gerechnet werden könne und falls ja, ob der Versicherte im Rahmen seiner Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht zu einer Medikamentenreduktion anzuhalten sei. Dr. med. N.____ (Internist) und Dr. med. O.____ (Rheumatologe) von der MEDAS Zentralschweiz antworteten am 30. Juni 2011 (IV-act. 55), dass die derzeitige Medikation in weiten Bereichen fehlindiziert und gefährlich sei. Würde eine gesunde Person diese Medikamente einnehmen, wäre sie den ganzen Tag müde und durch das Opioid Tramal wesensverändert. Eigentlich könne unter einer solchen Medikation eine Persönlichkeitsstörung nicht herauskristallisiert werden. Im Vordergrund stehe nicht die Arbeitsfähigkeit, sondern das Befreien des Versicherten von einer Medikation, welche eine Persönlichkeitsstörung überdecken oder eine solche vorspielen könne, die Arbeitsfähigkeit per se lähmen könne und mit einem enormen Nebenwirkungspotential behaftet sei. Es sei möglich, dass die Arbeitsfähigkeit durch eine adäquate Medikation mit ganz wenigen Pharmaka verbessert werden könne. Auf die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht hätte eine Medikamentenreduktion jedoch keinen Einfluss. Würde der Versicherte die Medikation unverändert fortsetzen, müsste in absehbarer Zukunft mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden.

A.n Anlässlich eines Assessmentgesprächs am 15. November 2011 erklärte der Versicherte, sich nicht arbeitsfähig zu fühlen (IV-act. 61). Mit Mitteilung vom 30. November 2011 wies die Beschwerdegegnerin das Gesuch um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 65).

A.o Mit Vorbescheid vom 12. Juli 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Zusprache einer halben Rente ab 1. Februar 2008 vorgesehen sei (IV-act. 69). Zur



Begründung brachte sie vor, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass er in seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei er jedoch zu 50 % arbeitsfähig. Für die Bemessung des Valideneinkommens sei das Einkommen aus dem Jahr 2006 beigezogen und der Nominallohnentwicklung bis 2011 angepasst worden. Das Valideneinkommen betrage demzufolge Fr. 71'555.--. Das Invalideneinkommen entspreche 50 % des durchschnittlichen Jahreseinkommens eines Hilfsarbeiters im Jahr 2011, d.h. Fr. 30'888.-- (Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik [LSE], Privater Sektor, Niveau 4; siehe auch IV-act. 67). Der Invaliditätsgrad betrage somit 57 %.

A.p Dagegen liess der zwischenzeitlich rechtlich vertretene Versicherte am 13. September 2012 einwenden (IV-act. 73), ihm sei eine ganze Rente zuzusprechen. Seine Rechtsvertreterin beantragte zudem die unentgeltliche Rechtsverbeiständung für das Verwaltungsverfahren. In Ergänzung des Einwandes machte sie am 15. Oktober 2012 (IV-act. 75) zusammengefasst geltend, dass der Versicherte auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einem beigelegten Bericht vom 14. Oktober 2012 (IV-act. 75-11 f.) hatte Dr. D.____ dem Versicherten eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Als Grund nannte er die körperliche Behinderung sowie eine Depression mit wiederholten suizidalen Impulsen.

A.q Mit Verfügung vom 7. November 2012 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab dem 1. Februar 2008 eine Dreiviertelsrente zu (IV-act. 76 und 78). Im Begründungsteil erklärte sie, dass mangels Eingliederungsfähigkeit keine beruflichen Massnahmen durchgeführt worden seien. Da die 50 %ige Arbeitsfähigkeit ganztags umgesetzt werden könne, erübrige sich ein Teilzeitabzug. Hingegen sei ein Leidensabzug von 10 % angemessen. Der Invaliditätsgrad betrage somit 61 %. Die Verfügung war an den Versicherten adressiert. Am 12. November 2012 informierte die Rechtsvertreterin die IV-Stelle, dass die Verfügung unzulässigerweise direkt dem Versicherten eröffnet worden sei. Sie forderte die IV-Stelle auf, die Verfügung noch einmal korrekt, d.h. ihr als Rechtsvertreterin, zu eröffnen. Des Weiteren zog sie das Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Verwaltungsverfahren zurück. Am 21. November 2012 wurde der Rechtsvertreterin die Verfügung von der Ausgleichskasse zugestellt, wobei sie auf den 16. November 2012 umdatiert worden war. Der Verfügung war zu entnehmen, dass sie die Verfügung vom 7. November 2012 ersetze (act. G 1.1 Beilage 1).



B.

B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 7. Januar 2013 Beschwerde erheben. Seine Rechtsvertreterin beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente; eventualiter sei die Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Behandlung des Nebenwirkungssyndroms bei Polypharmazie sowie allenfalls zur Prüfung beruflicher Eingliederungsmassnahmen zurückzuweisen; subeventualiter sei eine erneute psychiatrische Abklärung über einen längeren Zeitraum anzuordnen. In formeller Hinsicht beantragte die Rechtsvertreterin die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung für das Beschwerdeverfahren. Zur Begründung machte sie geltend, dass sogar die Suva den Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit für nicht mehr arbeitsfähig halte. Der Beschwerdeführer könne eine allfällige Restarbeitsfähigkeit ohnehin nicht verwerten, da es in der freien Wirtschaft solche Stellen nicht gebe. Die Beschwerdegegnerin habe denn auch nicht aufgezeigt, welche konkreten Tätigkeiten dem Beschwerdeführer noch zumutbar seien. Sollte dennoch von der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden, müsste wegen der zusätzlichen, nicht planbaren Pausen ein Teilzeitabzug von 17 % vorgenommen werden. Da zusätzlich ein Leidensabzug angezeigt sei, erscheine ein Maximalabzug von 25 % vom Tabellenlohn als realistisch. Weiter sei die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehbar, da eine solche der behandelnden Psychiaterin wie auch während des Aufenthalts in der psychiatrischen Tagesklinik hätte auffallen müssen. Der Beschwerdeführer leide unter immer wieder auftretenden depressiven Schüben mit suizidalen Tendenzen. Und schliesslich habe die Beschwerdegegnerin keinen Eingliederungsversuch vorgenommen, obwohl dies von den MEDAS-Sachverständigen vorgeschlagen worden sei.

B.b Am 18. Februar 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (act. G 5). Zur Begründung brachte sie vor, dass vorliegend einzig die Rentenhöhe Anfechtungsgegenstand sei; auf den Antrag, es seien berufliche Massnahmen durchzuführen, sei deshalb nicht einzutreten. Die Invalidenversicherung sei nicht an den von der Unfallversicherung festgestellten IV-Grad gebunden. Zudem habe die Suva den IV-Grad noch gar nicht definitiv festgesetzt. Der Beschwerdeführer sei von der MEDAS umfassend polydisziplinär untersucht



St.Galler Gerichte

worden. Die Sachverständigen hätten die Arbeitsfähigkeit trotz der Tramal- und Benzodiazepinabhängigkeit bestimmen können. Weitere Abklärungen seien daher nicht notwendig. Dem Beschwerdeführer stünden geeignete Arbeitsstellen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zur Verfügung, beispielsweise leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten und leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung. Das Valideneinkommen entspreche dem zuletzt erzielten Erwerbseinkommen im Jahr 2006, d.h. Fr. 67'903.--. Eine Aufwertung könne unterbleiben, da davon auszugehen sei, dass sich das Validen- und das Invalideneinkommen in etwa gleich entwickelt hätten. Basis des Invalideneinkommens sei der durchschnittliche Lohn eines Hilfsarbeiters, welcher im Jahr 2006 Fr. 59'197.-- betragen habe. Da der Beschwerdeführer nur noch leichte Hilfsarbeitertätigkeiten ausüben könne, sei ein Leidensabzug von 10 % vorzunehmen. Ein höherer Abzug sei nicht gerechtfertigt, da die Einschränkungen wegen des Rückens bereits in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen worden seien. Aufgrund der tiefen Restarbeitsfähigkeit von 50 % sei auch ein Tabellenlohnabzug von 10 % vorzunehmen. Das Invalideneinkommen betrage somit Fr. 23'679.--, woraus ein Invaliditätsgrad von 65 % resultiere.

B.c Am 20. Februar 2013 bewilligte das Versicherungsgericht die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverbeiständung) für das vorliegende Beschwerdeverfahren (act. G 6).

B.d Mit ihrer Replik vom 22. April 2013 (act. G 11) hielt die Rechtsvertreterin an den mit der Beschwerde gestellten Anträgen fest. Zur Begründung führte sie an, dass die Diskrepanz zwischen der Beurteilung der Suva und der MEDAS nicht einfach ignoriert werden dürfe. Das Invalideneinkommen könne zudem nicht einfach anhand des durchschnittlichen Lohnes eines Hilfsarbeiters im privaten Sektor festgelegt werden, da sich die Löhne je nach Tätigkeit und Region erheblich unterschieden. Die Annahme, dass es im Produktions- und Dienstleistungssektor viele offene Stellen gebe, treffe heute nicht mehr zu. Der Beschwerdeführer würde auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine Tätigkeit finden, die seinem Leiden angepasst wäre.

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 13).



B.f Am 14. Januar 2015 informierte das Versicherungsgericht die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, dass der Entscheid des Versicherungsgerichts zu einer reformatio in peius führen könnte, da die Beschwerdegegnerin zu Unrecht die altrechtliche Regelung des Rentenbeginns angewendet habe. Gemäss der neurechtlichen Regelung könnte ein allfälliger Rentenanspruch erst ab 1. April 2009 entstehen (act. G 14). Innert zweimal erstreckter Frist teilte die Rechtsvertreterin am 13. April 2015 mit, dass der Beschwerdeführer an der Beschwerde festhalte. Er sehe sich u.a. durch die Haltung der Suva bestärkt, die von einem Invaliditätsgrad von 70 % ausgehen werde (act. G 20). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme hierzu (vgl. act. G 21).

B.g Am 19. Mai 2015 teilte das Gericht der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit, dass die Rechtzeitigkeit der Beschwerdeerhebung fraglich sei, da sie spätestens am 12. November 2012 Kenntnis von der Verfügung vom 7. November 2012 gehabt habe (act. G 22). Bei dieser Sachlage könnte die Auffassung vertreten werden, der Zustellungsfehler sei spätestens am 12. November 2012 irrelevant geworden. Das Gericht räumte ihr die Gelegenheit ein, zur Frage der Rechtzeitigkeit der Beschwerde Stellung zu nehmen. Die Rechtsvertreterin antwortete am 8. Juni 2015, dass sie vom Beschwerdeführer am 12. November 2012 telefonisch darüber orientiert worden sei, dass er eine Verfügung erhalten habe (act. G 23). Daraufhin habe sie die Beschwerdegegnerin schriftlich darum ersucht, die Verfügung erneut, und zwar ihr als Rechtsvertreterin, zu eröffnen. Die Ausgleichskasse habe ihr in der Folge am 21. November 2012 eine Verfügung eröffnet, welche vom 16. November 2012 datiere. Diese Verfügung enthalte den Vermerk, dass sie die Verfügung vom 7. November 2012 ersetze. Es sei ihr somit in Korrektur eines Zustellungsfehlers nicht einfach eine Kopie der Verfügung vom 7. November 2012 zugestellt worden, sondern diese sei durch eine neue Verfügung ersetzt worden. Dies liege in der Kompetenz der verfügenden Stelle. Ob die Verfügung vom 16. November 2012 inhaltlich mit der Verfügung vom 7. November 2012 übereinstimme, entziehe sich ihrer Kenntnis. Das Schreiben der Rechtsvertreterin vom 8. Juni 2015 wurde der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt (act. G 24).

Erwägungen:

1.



1.1 Vorab ist zu klären, ob der Beschwerdeführer rechtzeitig Beschwerde erhoben hat und somit auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Rechtsvertreterin hat der Beschwerdegegnerin das Vertretungsverhältnis am 19. Juli 2012 angezeigt (IV-act. 70). Gemäss Art. 37 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) macht der Versicherungsträger seine Mitteilungen an die Vertretung, solange die Partei die Vollmacht nicht widerruft. Aus einer mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Eine fehlerhaft eröffnete Verfügung ist somit nicht schlechthin nichtig mit der Konsequenz, dass die Rechtsmittelfrist nicht zu laufen beginnen könnte. Aus dem Grundsatz, dass den Parteien aus mangelhafter Eröffnung keine Nachteile erwachsen dürfen, folgt vielmehr, dass dem beabsichtigten Rechtsschutz schon dann Genüge getan wird, wenn eine objektiv mangelhafte Eröffnung trotz ihres Mangels ihren Zweck erreicht. Das bedeutet nichts anderes, als dass nach den konkreten Umständen des Einzelfalls zu prüfen ist, ob die betroffene Partei durch den gerügten Eröffnungsmangel tatsächlich irregeführt worden ist. Richtschnur für die Beurteilung dieser Frage ist der auch in diesem prozessualen Bereich geltende Grundsatz von Treu und Glauben, an welchem die Berufung auf Formmängel in jedem Fall ihre Grenze findet (Urteil des Bundesgerichts vom 21. März 2003, I 868/02 E. 2 mit Hinweisen).

1.2 Der Beschwerdeführer hat seine Rechtsvertreterin am 12. November 2012 telefonisch darüber informiert, dass er eine Verfügung erhalten habe. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine betroffene Partei aufgrund der sie treffenden zumutbaren Sorgfalt verpflichtet, sich spätestens am dreissigsten Tag der erfolgten Zustellung bei ihrer Rechtsvertretung zu erkundigen, ob ein Entscheid auch dieser oder nur ihr persönlich zugestellt worden ist, sodass gestützt auf Treu und Glauben ab diesem Zeitpunkt eine 30-tägige Rechtsmittelfrist einzuräumen ist (ARV 2002 S. 66; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2002, I 598/01 E. 2.2). Gestützt auf diese Rechtsprechung könnte der Schluss gezogen werden, dass die Rechtsmittelfrist im vorliegenden Fall am 13. November 2012 zu laufen begonnen habe. Diesfalls wäre die Beschwerdefrist am 12. Dezember 2012 abgelaufen und die Beschwerde vom 7. Januar 2013 somit verspätet erfolgt. Im Urteil I 868/02 (Erw. 3) hat das Bundesgericht in einem gleichgelagerten Fall allerdings entschieden, dass die Beschwerdefrist erst mit der Eröffnung der Verfügung gegenüber der Rechtsvertreterin



zu laufen begonnen habe. Es hat erwogen, dass die Beschwerdeführerin und ihre Rechtsvertreterin dadurch, dass sich die Beschwerdeführerin bereits am vierten Tag nach der bei ihr mit normaler Briefpost erfolgten Eröffnung mit ihrer Rechtsvertreterin in Verbindung gesetzt habe und sich letztere noch am gleichen Tag bei der Beschwerdegegnerin und der zuständigen Ausgleichskasse um die nochmalige, korrekte Zustellung der Verfügung bemüht habe, ihre Sorgfaltspflicht unzweifelhaft erfüllt hätten und damit die vorgenannte Rechtsprechung (ARV 2002 S. 66) auf diesen Sachverhalt nicht anwendbar sei. Im vorliegenden Fall ist die Verfügung vom 7. November 2012 dem Beschwerdeführer frühestens am 8. November 2012 zugestellt worden. Auch er hat sich somit innert vier Tagen, nämlich am 12. November 2012, mit seiner Rechtsvertreterin telefonisch in Verbindung gesetzt. Diese hat die Beschwerdegegnerin noch am selben Tag schriftlich aufgefordert, ihr die Verfügung nochmals zu eröffnen (IV-act. 79-1). Der Beschwerdeführer und seine Rechtsvertreterin haben damit ihre Sorgfaltspflicht erfüllt und die Beschwerdefrist hat erst am Folgetag der Zustellung der Verfügung an die Rechtsvertreterin, d.h. am 22. November 2012, zu laufen begonnen. Unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar ist der letzte Tag der Beschwerdefrist der 7. Januar 2013 gewesen. Die Beschwerde ist folglich am letzten Tag der Frist und somit rechtzeitig erhoben worden. Unter diesen Umständen kann offen bleiben, ob die Verfügung vom 7. November 2012 durch die Verfügung vom 16. November 2012 ersetzt worden ist und falls nicht, ob sich die Rechtsmittelfrist gestützt auf den Anspruch auf Vertrauensschutz verlängert hätte, weil die Ausgleichskasse der Rechtsvertreterin die mit einer Rechtsmittelbelehrung und einem neuen Datum versehene Verfügung vom 7. November 2012 am 21. November 2012 nochmals zugestellt und explizit erwähnt hat, dass diese Verfügung die Verfügung vom 7. November 2012 ersetze (vgl. BGer I 868/02 E. 4). Demnach ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. Februar 2008 eine Dreiviertelrente zugesprochen. Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, dass er Anspruch auf eine ganze Rente habe. Das Versicherungsgericht ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden. Es kann eine Verfügung insbesondere auch zu Ungunsten der beschwerdeführenden Person



ändern, wobei den Parteien vorher Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Rückzug der Beschwerde zu geben ist (Art. 61 lit. d ATSG). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen Rentenanspruch hat und falls ja, ab wann und in welcher Höhe.

2.2 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 ATSG 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.3 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).

3.

Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, dass die Arbeitsunfähigkeit im Februar 2007 eingetreten sei. Zum Bezug von IV-Leistungen hat er sich jedoch erst im Oktober 2008 angemeldet. Nach dem (lückenfüllend geschaffenen) Übergangsrecht der 5. IV-Revision ist die altrechtliche Regelung des Rentenbeginns (vgl. aArt. 29 Abs. 1 lit. b und aArt. 48 Abs. 2 IVG) nur weiter anzuwenden, sofern das Wartejahr vor dem



Zeitpunkt des Inkrafttretens (1. Januar 2008) zu laufen begonnen hat und die Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 erfolgt ist (vgl. das vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebene IV-Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 sowie die Modifikation in BGE 138 V 475). Letztere Anforderung ist vorliegend nicht erfüllt. Trotzdem hat die Beschwerdegegnerin den Rentenbeginn in Anwendung der altrechtlichen Regelung auf den 1. Februar 2008 festgelegt. Nach der neurechtlichen Regelung kann ein allfälliger Rentenanspruch jedoch frühestens am 1. April 2009 entstehen.

4.1 Die Rechtsvertreterin hat vorgebracht, dass – sollte das Versicherungsgericht dem Beschwerdeführer nicht bereits gestützt auf die im Recht liegenden Akten eine ganze Rente zusprechen – zunächst das komplexe Nebenwirkungssyndrom bei Polypharmazie behandelt und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abgeklärt werden müssten. Für das vorliegende Beschwerdeverfahren ist der Gesundheitszustand resp. die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis und mit Verfügungserlass massgebend. Der Beschwerdeführer ist der dringenden Empfehlung der MEDAS-Sachverständigen zur Medikamentenreduktion bis zum Erlass der Rentenverfügung am 16. November 2012 nicht freiwillig nachgekommen. Aufgrund seines Gesundheitszustandes ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer selbst nicht in der Lage gewesen ist, sich zu einer Medikamentenreduktion zu entschliessen; er hat durch diese Unterlassung deshalb auch nicht seine Schadenminderungspflicht verletzt. Für die Zeit bis zum Verfügungserlass bleibt somit nichts anderes übrig, als die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der (Neben-) Wirkungen der eingenommenen, offenbar grösstenteils fehlindizierten Medikamente zu schätzen, auch wenn sich dies in medizinischer Hinsicht als schwierig erweisen dürfte. Eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Behandlung des komplexen Nebenwirkungssyndroms bei Polypharmazie erweist sich deshalb als nicht zielführend. Ob dem Beschwerdeführer bei Verbesserung seines Gesundheitszustandes zukünftig eine Medikamentenreduktion zuzumuten wäre, hat für den vorliegenden Streit offensichtlich keine Relevanz.

4.2 Insoweit die Rechtsvertreterin auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Suva verweist, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend gemacht, dass die Invalidenversicherung nicht an die Invaliditätsschätzung der Suva gebunden ist (siehe



z.B. Urteil des Bundesgerichts vom 28. August 2007, U 148/06 E. 6.2 mit Hinweisen). Selbstverständlich sind jedoch die Suva-Akten, insbesondere die medizinischen Abklärungsberichte, bei der Invaliditätsbeurteilung durch die Invalidenversicherung zu berücksichtigen.

5.

5.1 In somatischer Hinsicht leidet der Beschwerdeführer unbestrittenermassen an einem chronifizierten lumbospondylogenen Syndrom links nach zweimaliger Dekompressionsoperation im Februar 2007 (L5/S1) und im Januar 2008 (L4/5 und L5/S1). Die Rückenbeschwerden bestehen seit einem Verhebetauma im Februar 2007. Der rheumatologische Sachverständige und die neurologische Sachverständige der MEDAS sind zum Schluss gekommen, dass aus somatischer Sicht eine erhebliche Minderbelastbarkeit des Achsenorgans auf erhöhte statische oder dynamische Krafteinwirkungen insbesondere ausserhalb der Körperachse bestehe. Der Beschwerdeführer sei deshalb auch in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit maximal noch fünf Stunden arbeitsfähig, wobei infolge eines schmerzbedingt vermehrten Bedarfs an Pausen und eines langsameren Arbeitstempos zusätzlich eine Leistungseinbusse von 20 % bestehe. Die Arbeitsfähigkeit adaptiert betrage folglich 50 %. Diese Einschätzung gelte ab ca. Sommer 2008, d.h. rund ein halbes Jahr nach der zweiten Operation. In der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter in einer Fensterfabrik, bei welcher es sich um eine körperliche Schwerarbeit gehandelt habe, sei der Beschwerdeführer seit Februar 2007 bleibend arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS-Sachverständigen aus somatischer Sicht überzeugt: Es leuchtet ein, dass der Beschwerdeführer aufgrund der organisch ausgewiesenen, starken Rückenbeschwerden mit Zeichen einer möglichen radikulären Reiz- und residuellen sensomotorischen Ausfallsymptomatik auch in einer körperlich leichten Tätigkeit nur noch teilweise arbeitsfähig ist. Bei diesen starken Beschwerden ist auch eine zusätzliche Leistungseinbusse infolge schmerzbedingt vermehrtem Pausenbedarf und langsamerem Arbeitstempo gut nachvollziehbar. Der Hausarzt hat im Oktober 2008 angegeben, dass der Beschwerdeführer aktuell zu 66 % arbeitsunfähig sei. Der Arbeitsplatz sei bereits adaptiert worden. Im November 2008 hat derselbe Arzt erklärt, der Beschwerdeführer sei ab 1. Dezember 2008 zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig, was einer Arbeitsfähigkeit von ca. 25 % entspricht. Diese



Einschätzungen beziehen sich allerdings auf die Zeit vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn (April 2009). Zudem hat der Hausarzt seine Einschätzung zu wenig begründet, insbesondere hat er nicht dargelegt, weshalb sich die Arbeitsfähigkeit per 1. Dezember 2008 reduziert hat. Es macht ausserdem den Anschein, als hätte sich der Hausarzt bei seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung von den vom Beschwerdeführer in dieser Zeit tatsächlich absolvierten Arbeitspensum leiten lassen. Der Beschwerdeführer hat nämlich von Ende Juni bis anfangs August 2008 zu 66 % gearbeitet und danach das Pensum bis im Januar 2009 auf 0 % reduziert (siehe Suva-Rapport vom 26. August 2008, Suva-Fremdakten und IV-act. 50 S. 10). Für die Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre jedoch relevant gewesen, welches Arbeitspensum dem Beschwerdeführer objektiv betrachtet noch zumutbar gewesen wäre. Auch der Arbeitsfähigkeitsschätzung des Hausarztes vom Oktober 2012 fehlt es an der notwendigen Überzeugungskraft: Zwar hat er in Übereinstimmung mit den MEDAS-Sachverständigen angegeben, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit seit Februar 2007 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit hat er jedoch nur erklärt, dass er eine solche noch nicht festlege, da sich der Beschwerdeführer noch in der "medizinischen Phase" befinde; derzeit stünden die psychischen Beschwerden im Vordergrund. Zumindest in somatischer Hinsicht ist der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in diesem Zeitpunkt stabil gewesen, weshalb einer Arbeitsfähigkeitsschätzung aus somatischer Sicht nichts entgegengestanden wäre. Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen des Hausarztes vermögen daher keine Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS-Sachverständigen zu wecken. Auf letztere ist abzustellen. Demzufolge besteht ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, d.h. ab 1. April 2009, aus somatischer Sicht in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %.

5.2 Der psychiatrische MEDAS-Sachverständige Dr. M.____ hat die Arbeitsfähigkeit ausgehend von der Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung in allen Tätigkeiten auf 50 % geschätzt. Diese Diagnose ist jedoch aus den folgenden Gründen nicht überzeugend: Dr. M.____ hat erklärt, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung eigentlich eine Fehlentwicklung vom adoleszenten Alter an durchgängig bis heute beinhalten müsste. Obwohl er eine solche nicht hat feststellen können, hat er eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Weiter hat Dr. M.____ angegeben, dass die Kombination mehrerer Schmerzmittel mit mehreren



Psychopharmaka mutmasslich zu einer Verfälschung der psychiatrischen Störung im engeren Sinne führe. Noch deutlicher haben sich die MEDAS-Sachverständigen in ihrer Stellungnahme vom 30. Juni 2011 ausgedrückt: Sie haben erklärt, dass das Opioid Tramal eine wesensverändernde Wirkung habe und eine Persönlichkeitsstörung unter der derzeitigen Medikation eigentlich nicht herauskristallisiert werden könne. Die eingenommene Medikation könne eine Persönlichkeitsstörung überdecken oder eine solche vorspielen. Hinzu kommt, dass weder die Tagesklinik noch die behandelnde Psychiaterin eine histrionische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert oder zumindest einen diesbezüglichen Verdacht geäussert haben. Wie die Rechtsvertreterin richtig angemerkt hat, hätte eigentlich gerade den behandelnden Fachärzten, die den Beschwerdeführer über einen längeren Zeitraum betreut und beobachtet haben, eine Störung der Persönlichkeit am ehesten auffallen müssen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hat Dr. M.____ damit begründet, dass dem Beschwerdeführer Umstellungen Mühe machten, er längere Erholungsphasen benötige, sich übermässig auf seine körperlichen Wahrnehmungen konzentriere und dadurch von einer möglichen Berufstätigkeit abgelenkt würde; hierdurch würden Energien absorbiert, die für die Arbeit nicht mehr zur Verfügung stünden. Es ist zweifelhaft, ob die aufgezählten Einschränkungen eine mit 50 % erhebliche Arbeitsunfähigkeit in quantitativer Hinsicht zu begründen vermögen. Diese Frage kann jedoch angesichts der Tatsache, dass bereits aus somatischer Sicht eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit besteht, offen gelassen werden. Denn die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht würde ohnehin in derjenigen aus somatischer Sicht aufgehen, da der Beschwerdeführer die zusätzlich durch die somatischen Beschwerden benötigte freie Zeit auch für die psychische Erholung nutzen könnte. Die behandelnde Psychiaterin Dr. I.____ hat dem Beschwerdeführer wegen einer zunehmenden depressiven Entwicklung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, seit Januar 2009 und bis auf Weiteres eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dr. I.____ hat eine depressive Entwicklung diagnostiziert, weil die Stimmungsstörungen des Beschwerdeführers die Kriterien der Kategorien F30-34 und damit auch diejenigen einer depressiven Episode oder Störung nicht erfüllen (siehe ICD-10: F38). Als die Arbeitsfähigkeit einschränkende Symptome hat sie eine Störung der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, Schlafstörungen, ein Morgentief, Frustessen sowie Einsamkeits- und Minderwertigkeitsgefühle angegeben. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um



Einschränkungen, die jemanden vollständig daran hindern würden, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. So leuchtet einem medizinischen Laien zum Beispiel nicht ein, inwieweit Frustessen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben sollte. Der psychiatrische Sachverständige Dr. M.____ hat im Zeitpunkt der Begutachtung keine Depression feststellen können. Allerdings hat er bemerkt, dass in der Vergangenheit durchaus einzelne depressive Phasen aufgetreten sein könnten, diese jedoch als vorübergehend zu bewerten seien. Den von den Ärzten der psychiatrischen Tagesklinik Z.____ im August 2009 diagnostizierten Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung hat sich im weiteren Verlauf nicht erhärtet: Weder die behandelnde Psychiaterin noch Dr. M.____ haben eine solche feststellen können. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die im Recht liegenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen aus psychiatrischer Sicht nicht restlos überzeugen. Allerdings ist in antizipierter Beweiswürdigung davon auszugehen, dass zusätzliche Abklärungen keine weiterführenden Erkenntnisse bezüglich der Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht bringen würden, da sich die diagnostische Einordnung der psychischen Beeinträchtigungen durch die aktuelle Medikation als schwierig bis gar unmöglich erweist. Aufgrund der von den psychiatrischen Fachpersonen geschilderten Symptome ist allerdings mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die psychischen Beeinträchtigungen die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nicht zu mehr als 50 % einschränken und somit – neben den somatischen Einschränkungen – in quantitativer Hinsicht keinen zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.

5.3 Ein Rentenanspruch besteht frühestens ab 1. April 2009. Der Beschwerdeführer hat vom 15. April bis 14. Mai 2009 einen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon absolviert. Und vom 15. Juni bis 14. August 2009 hat er sich in teilstationärer Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik Z.____ befunden. Die Rehaklinik ist von einem psychisch instabilen Zustand ausgegangen. Die Tagesklinik hat angegeben, dass sich der Zustand während der teilstationären Behandlung stabilisiert habe. Bis Ende August 2009 ist daher wegen des instabilen psychischen Gesundheitszustandes von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass für den nachfolgenden Einkommensvergleich für die Zeit vom 1. April 2009 bis 31. August 2009 von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit und ab 1. September 2009 von einer solchen von 50 % auszugehen ist.



6.

6.1 Schliesslich bleibt noch der Einkommensvergleich zu überprüfen.

6.1.1 Die Beschwerdegegnerin hat für die Bemessung des Valideneinkommens richtigerweise auf das zuletzt erzielte Einkommen aus dem Jahr 2006 (Fr. 67'903.--) abgestellt. Der Einkommensvergleich hat gestützt auf die hypothetischen Einkommensverhältnisse im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns zu erfolgen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung hätte der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit im Jahr 2009 Fr. 71'799.-- verdient (Fr. 67'903.-- x 106.9 / 101.1, siehe Lohnentwicklung 2009 des Bundesamtes für Statistik, T1.05, F 45 [Baugewerbe]). Das Valideneinkommen beträgt folglich Fr. 71'799.--.

6.1.2 Mit Bezug auf das Invalideneinkommen ist folgendes festzuhalten: Der Beschwerdeführer ist in seiner bisherigen Tätigkeit als Schreiner zu 100 % arbeitsunfähig. Da er in seinem angestammten Beruf mehr verdient hat als in einer Hilfsarbeitertätigkeit, stellt sich die Frage, ob er gestützt auf den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" umgeschult werden müsste. Der psychiatrische Sachverständige Dr. M. ___ hat angegeben, dass der Beschwerdeführer Mühe mit Umstellungen habe und dass er durch die übermässige Konzentration auf seine körperlichen Wahrnehmungen von einer möglichen Berufstätigkeit abgelenkt würde. Eine Umschulung bedeutet stets eine grosse Umstellung und stellt erhöhte Konzentrationsanforderungen an die Betroffenen. Der Beschwerdeführer wäre diesen Anforderungen zumindest bis zum Zeitpunkt der Verfügungseröffnung nicht gewachsen und eine Umschulung deshalb aussichtslos gewesen. Somit kommen für den Beschwerdeführer nur einfache und repetitive Tätigkeiten, d.h. Hilfsarbeitertätigkeiten, in Frage. Für die Zukunft wird die Beschwerdegegnerin prüfen müssen, ob – insbesondere nach einer Medikamentenreduktion und/oder bei Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes – eine Umschulung eingeleitet werden muss. Vorliegend ist das Invalideneinkommen deshalb anhand des durchschnittlichen Lohnes eines Hilfsarbeiters gemäss der LSE zu bestimmen (BGE 126 V 75 E. 3bb mit Hinweisen). Praxisgemäss wird dabei auf den gesamtschweizerischen



Durchschnittslohn abgestellt, d.h. es wird nicht nach Arbeitsregionen unterschieden (siehe Rz. 3067 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, Version 13). Als adaptierte Tätigkeit fallen vorliegend praktisch alle körperlich leichten, wechselbelastenden Hilfsarbeitertätigkeiten in Betracht. Solche Tätigkeiten sind in allen Wirtschaftszweigen zu finden, weshalb nicht auf den Durchschnittslohn einer bestimmten Branche abzustellen ist. Bis Ende August 2009 ist der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). Vom 1. April 2009 bis 30. November 2009 hat der Beschwerdeführer bei einem IV-Grad von 100 % somit Anspruch auf eine ganze Rente.

6.1.3 Für die Zeit ab 1. Dezember 2009 bleibt zu prüfen, ob die Restarbeitsfähigkeit von 50 % überhaupt verwertbar ist. Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juli 2014, 9C_272/2014 E. 2.1 mit Hinweisen). Die Restarbeitsfähigkeit ist zwar auch in einer adaptierten Tätigkeit mit 50 % relativ gering. Allerdings kommen für den Beschwerdeführer, wie bereits ausgeführt, praktisch alle körperlich leichten, wechselbelastenden Hilfsarbeitertätigkeiten in Frage. Zudem ist er im Verfügungszeitpunkt erst __-jährig gewesen, d.h. ein potentieller Arbeitgeber hätte von seiner Arbeitsleistung noch lange profitieren können. Und schliesslich wird dem Beschwerdeführer bei der Stellensuche auch zugutekommen, dass er sich an den bisherigen Arbeitsstellen sehr gut bewährt hatte und deshalb gute Referenzen vorweisen kann (siehe psychiatrisches Teilgutachten der MEDAS, IV-act. 50-61 ganz oben und Suva-Rapport vom 26. August 2008, act. G 5.2, Suva-Fremdakten). Unter diesen Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Restarbeitsfähigkeit nicht verwertbar ist, auch wenn sich die Stellensuche aufgrund des reduzierten Arbeitspensums sicherlich als nicht einfach erweisen wird. Das durchschnittliche Einkommen eines Hilfsarbeiters hat im Jahr 2009, angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden, Fr. 61'240.-- betragen (vgl. Anhang 2: Lohnentwicklung, IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV,



Ausgabe 2015). Die Beschwerdegegnerin hat einen "Leidensabzug" von 10 % gewährt. In der Beschwerdeantwort hat sie erklärt, dass zusätzlich ein Teilzeitabzug von 10 % zu gewähren sei. Dass dem Beschwerdeführer aufgrund der multiplen Gesundheitsbeeinträchtigungen und der relativ tiefen Restarbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ein relativ hoher Tabellenlohnabzug zuzugestehen ist, ist unbestritten. Die exakte Höhe des Tabellenlohnabzugs kann vorliegend offen bleiben, da der Beschwerdeführer bei einem Tabellenlohnabzug von 10 % (IV-Grad von 62 %) wie auch bei einem solchen von 25 % (IV-Grad von 68 %) ab 1. Dezember 2009 einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat.

6.2 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen und dem Beschwerdeführer ist für die Zeit vom 1. April 2009 bis 30. November 2009 eine ganze Rente und ab 1. Dezember 2009 eine Dreiviertelsrente (nebst Kinderrenten) zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Beschwerdeführer wird mit dieser Entscheidung im Ergebnis schlechter gestellt, als er es mit der angefochtenen Verfügung gewesen wäre. Diese *reformatio in peius* ist zulässig, da sie dem Beschwerdeführer vorgängig angekündigt worden ist (siehe Erw. 2.1 und 3).

7.

7.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Gerichtskosten sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzufolge der Gewährung der unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

7.2 Der Staat bezahlt zuzufolge der Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Kostennote



eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

7.3 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Abweisung der Beschwerde wird dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. April 2009 bis 30. November 2009 eine ganze Rente und ab 1. Dezember 2009 eine Dreiviertelrente (nebst Kinderrenten) zugesprochen; zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.

3.

Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).