



**Fall-Nr.:** IV 2014/380  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 16.12.2019  
**Entscheiddatum:** 29.11.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 29.11.2016**

**Ein im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholtes Gutachten von externen Spezialärzten, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangten, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. November 2016, IV 2014/380).**

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

IV 2014/380

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Joos, Marktplatz 4,

Postfach 646, 9004 St. Gallen,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer), B.\_\_\_\_ - Staatsbürger, lebt seit dem 1. März 2008 in der Schweiz. Er hat in C.\_\_\_\_ den Beruf des Automechanikers erlernt. Zuletzt arbeitete er als Kommissionierer/Lagermitarbeiter (IV-act. 1, 2, 19 S. 1 f. und IV-act. 25).

A.b Am 15. Dezember 2009 erlitt der Versicherte bei einem Verkehrsunfall ein HWS-Distorsionstrauma (IV-act. 12). Zur Rehabilitation hielt der Versicherte sich vom 20. Mai bis 23. Juni 2010 in der Rehaklinik Bellikon auf. Im Austrittsbericht vom 13. Juli 2010 (IV-act. 21) diagnostizierten die Ärzte: 1. eine HWS-Distorsion, ein zervikospondylogenes Syndrom, Spannungskopfschmerz, psychosoziale Belastungssituation; 2. rezidivierende Angststörungen mit Panikattacken, ängstlich und depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.22), welche keine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründet, Panikstörung (ICD-10: F41.0) aktuell remittiert; 3. fortgeschrittene Patellofemorale Arthrose rechts, Minderbelastbarkeit rechtes Knie bei aktivierter Gonarthrose. In der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter bestehe aus unfallkausaler Sicht (HWS-Distorsion) eine uneingeschränkte ganztägige Arbeitsfähigkeit. Aus unfallfremder Sicht (Knieproblematik, degenerative HWS-Veränderungen) sei die angestammte Tätigkeit wegen des häufigen Hantierens mit schweren Lasten nicht zumutbar, dagegen seien wechselbelastende Tätigkeiten mit leichten bis mittelschweren Arbeiten, ohne längeres Gehen auf unebenem Boden, ohne kniebelastende Tätigkeiten, ohne häufige Zwangshaltungen für das rechte Knie, ohne häufiges Knien, Arbeiten in Hockstellung,



Kriechen oder Pedalbedienung, ohne häufiges Treppen- oder Leitersteigen und ohne Arbeit an sturzexponierten Stellen ganztags zumutbar.

A.c Im Juni 2010 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 1).

A.d Am 14. September 2010 wurde der Versicherte am rechten Knie im Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend KSSG) operiert (aufklappende Tibiavalgisationsosteotomie; IV-act. 31). Dr. med. D.\_\_\_, KSSG, ging im Arztbericht vom 27. Dezember 2010 davon aus, dass dem Versicherten insbesondere sitzende Tätigkeiten und längerfristig auch stehende Tätigkeiten mit wenig körperlicher Belastung zumutbar seien (IV-act. 33). Diese Einschätzung wurde im Arztbericht vom 18. März 2011 durch Dr. med. E.\_\_\_, KSSG, bestätigt (IV-act. 40). Am 22. August 2011 wurde der Versicherte aufgrund der gestellten Diagnose chronische Bursitis Tuberositas tibiae links im KSSG operiert (offene Bursektomie, Ossikelentfernung am Knie links; IV-act. 61).

A.e Am 7. September 2011 verstarb der Sohn des Versicherten unerwartet im F.\_\_\_ (IV-act. 66 S. 2; vgl. auch IV-act. 83 S. 3). Im Arztbericht vom 14./15. November 2011 erklärte Dr. med. G.\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, dass der Versicherte in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sei. Als angepasste Tätigkeit kämen nur sitzende Tätigkeiten mit möglichst fehlendem Aufstehen und kurzen Gehstrecken in Frage (IV-act. 65).

A.f Im Arztbericht vom 9. Januar 2012 (IV-act. 72) diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), anamnestisch rezidivierende Panikattacken und Angststörungen (ICD-10: F41.0), Schmerzen im linken Knie seit Mai 2011, Tod eines Familienangehörigen (ICD-10: Z63.4) im September 2011 und Alkoholmissbrauch (ICD-10: F10.1). Die Fachärztin erklärte, dass der Todesfall den Versicherten retraumatisiert und psychisch vollkommen zerstört habe. Diese Situation habe zum erhöhten Alkoholkonsum geführt.

A.g Mit Verfügung vom 27. Januar 2012 wies die IV-Stelle einen Anspruch auf (weitere) berufliche Massnahmen ab (IV-act. 63, 73).



## St.Galler Gerichte

A.h Vom 2. Februar bis 12. April 2012 war der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik in I.\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-act. 76 S. 3, IV-act. 83). Im Austrittsbericht vom 8. Mai 2012 wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 83 S. 1): rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome mit akuter Suizidalität (ICD-10: F33.2) und Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8) sowie Gonarthrose, nicht näher bezeichnet (ICD-10: M17.9). Bei Klinikaustritt wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgehalten. Zum Erreichen einer Teilarbeitsfähigkeit wurde begleitend zu entsprechenden IV-Massnahmen eine ambulante, psychiatrische Behandlung als nötig erachtet (IV-act. 83 S. 4 f.).

A.i Im Verlaufsbericht vom 11. Juni 2012 erklärte Dr. H.\_\_\_\_, dass aus psychiatrischer Sicht der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig sei. Dabei sei zu berücksichtigen, dass wegen der Einnahme von Opiaten und der Depression nur Tätigkeiten in Frage kämen, welche keine hohen Anforderungen an die Konzentration stellten. Wegen der niedrigen Frustrationstoleranz seien Tätigkeiten mit hoher sozialer Kompetenz ebenfalls ungeeignet. Die Fachärztin empfahl nebst der Fortführung der aktuellen Therapie die Inanspruchnahme einer intensiveren psychiatrischen Therapie in der Tagesklinik der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ (IV-act. 84; vgl. auch IV-act. 90).

A.j Im Arztbericht vom 22. Februar 2013 erklärte Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberarzt, Psychiatrische Klinik I.\_\_\_\_, dass sich der Versicherte zurzeit in teilstationär-tagesklinischer Behandlung befinde. Die Prognose sehe eher ungünstig aus, weil die bisherige Behandlung keinen nachhaltigen Effekt gezeigt habe (IV-act. 95). Aus der am 25. Juni 2012 begonnenen tagesklinischen Betreuung wurde der Versicherte wegen unregelmässiger Teilnahme an den Therapien am 18. März 2013 entlassen (IV-act. 106). Im Austrittsbericht vom 27. März 2013 wurden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2), und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) gestellt. Trotz umfangreichen und immer wieder angepassten therapeutischen Angeboten gelang es nicht, nachhaltige Fortschritte zu erzielen. Gemäss Schreiben vom 2. April 2013 erfolgte die Weiterbehandlung durch L.\_\_\_\_, Psychologe, Klinik I.\_\_\_\_, die Psychiaterin Dr. H.\_\_\_\_ und den Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_ (IV-act. 103, vgl. auch IV-act. 114).



## St.Galler Gerichte

A.k Die IV-Stelle beauftragte das Medizinische Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (nachfolgend MGSG), mit einer orthopädischen und psychiatrischen Begutachtung des Versicherten (IV-act. 116). Am 8. November 2013 fand die Untersuchung und Begutachtung durch Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, und Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, statt. Das Gutachten datiert vom 18. Dezember 2013 (IV-act. 121). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wurde aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht auf 40% geschätzt. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit wurde aus orthopädischer bzw. psychiatrischer Sicht auf 100% bzw. 50% seit etwa Mai 2012 geschätzt. Die Konsensbeurteilung der Gutachter ergab für leidensadaptierte Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab Mai 2012. Im Weiteren wurde empfohlen, die therapeutischen Massnahmen mit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und die antidepressive Medikamentation fortzusetzen und eine stationäre Behandlung in Erwägung zu ziehen (IV-act. 121 S. 39 f.).

A.l In der Stellungnahme vom 25. März 2014 erachtete der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) das orthopädisch-psychiatrische Gutachten vom 18. Dezember 2013 als ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne. Der RAD ging aus versicherungsmedizinischer Sicht von einem stabilen Gesundheitszustand aus. Die Arbeitsfähigkeit lasse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr verbessern. Ab Mai 2012 sei von einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 40% und in einer adaptierten Tätigkeit von 50% auszugehen (IV-act. 123).

A.a Mit Vorbescheid vom 15. Mai 2014 informierte die IV-Stelle den Versicherten, dass geplant sei, das Begehren für eine IV-Rente abzuweisen (IV-act. 127). Ein Einwand erfolgte nicht.

A.m Mit Verfügung vom 30. Juni 2014 wies die IV-Stelle das Begehren für eine IV-Rente ab. Zur Begründung wurde insbesondere angeführt, dass die gutachterlich erhobene Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode, eine Arbeitsunfähigkeit auszulösen, rechtlich aber keine Invalidität zu begründen vermöge, denn leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis seien therapierbar, weshalb von einer vollen Arbeitsfähigkeit



## St.Galler Gerichte

in einer Verweistätigkeit auszugehen sei. Da der mit einem Einkommensvergleich ermittelte Invaliditätsgrad unter 40% liege, bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 132).

B.

B.a Mit Beschwerde vom 1. September 2014 stellte Rechtsanwalt lic. iur. M. Joos, St. Gallen, für den Ansprecher das folgende Rechtsbegehren (act. G 1): 1. Die Verfügung der Vorinstanz vom 30. Juni 2014 sei aufzuheben. Dem Beschwerdeführer sei eine IV-Rente zuzusprechen. Das Verfahren sei zur neuen Entscheidung (Rentenfestsetzung) an die Vorinstanz zurückzuweisen; 2. Dem Beschwerdeführer sei für das Verfahren vor Versicherungsgericht die unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung zu bewilligen; 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

B.c Mit Verfügung des Abteilungspräsidenten vom 9. Oktober 2014 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 6).

B.d In der Replik vom 10. Dezember 2014 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unverändert an der Beschwerde vom 1. September 2014 fest. In der Begründung wurde insbesondere darauf hingewiesen, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht die Folge von soziokulturellen und psychosozialen Faktoren sei, sondern sich aus der Kombination eines somatischen mit einem psychischen Leiden mit Krankheitswert ergebe. Im Weiteren wurde gerügt, dass die Beschwerdegegnerin ohne überzeugende Begründung ihre Meinung über diejenige der Gutachter stelle. Bei Zweifeln an der gutachterlichen Schätzung der Arbeitsfähigkeit hätte die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen vornehmen müssen (act. G 10).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 12).

## Erwägungen

1.



Vorliegend streitig und zu prüfen ist die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers.

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

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.3 Um 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 256 E. 4 mit Hinweisen).

1.4 Die Höhe der behinderungsbedingten Erwerbseinbusse hängt, da der Beschwerdeführer als Vollerwerbstätiger zu qualifizieren und deshalb ein reiner Einkommensvergleich durchzuführen ist, vor allem von der ärztlichen



Arbeitsfähigkeitsschätzung ab, d.h. davon, in welchem Umfang für die versicherte Person noch eine Tätigkeit in Betracht fällt (Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG; vgl. BGE 128 V 29 E. 1; 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des Bundesgerichts vom 21. Juli 2014, 9C\_152/2014, E. 3.1).

2.

2.1 In der angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2014 (IV-act. 132) stellte die Beschwerdegegnerin nicht auf die Schätzung der Arbeitsfähigkeit von 50% im eingeholten orthopädisch-psychiatrischen Gutachten vom 18. Dezember 2013 (IV-act. 121) ab, sondern ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten aus. Zur Begründung, weshalb der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter (und folglich auch derjenigen des RAD) nicht gefolgt werden könne, wurde insbesondere angeführt, dass auch invaliditätsfremde Faktoren berücksichtigt worden seien und nach der allgemeinen Lebenserfahrung traurige Erlebnisse wie der Tod eines eigenen Kindes innert weniger Monate bis weniger Jahre verarbeitet werden könnten. Zudem seien die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden. Folglich liege keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens vor (act. G 5).

2.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.2; 122 V 160 E. 1c; U. MEYER-BLASER, in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).



2.3 Ein im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholtes Gutachten von externen Spezialärzten, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangten, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). So ist bspw. ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007 i.S. M., I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen; BGE 124 I 175 E. 4).

3.

Das bidisziplinäre Gutachten vom 18. Dezember 2013 ist nachfolgend auf dessen Beweiswert zu prüfen (IV-act. 121).

3.1 Der orthopädische Gutachter stellte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen: Pangonarthrose bei Status nach Teilmeniscektomie und vorderer Kreuzbandersatzplastik 1988 mit Reruptur und Nullachse nach aufklappender Tibiavalgisationsosteotomie 09/2010 rechts, proximale Ansatzendinitis der Plantarfaszie rechts und links, laterale Epicondylitis humeri links. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: leichte Chondropathie des linken Kniegelenks bei Nullachse und Adipositas. Der Gutachter schätzte aus orthopädischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lagerist bei voller Stundenpräsenz auf 40% und in einer leidensangepassten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen, die abwechselnd sitzend und stehend ausgeübt werden können, die nicht mit häufigem Laufen, insbesondere Treppen, Leitern, schrägen Ebenen und unebenem Boden sowie knienden Positionen verbunden sind und bei denen keine Kraftanwendung des linken Arms notwendig ist) auf 100%. Die orthopädisch bedingte Leistungslimitierung sei insbesondere eine Folge der objektiv feststellbaren Befunde im rechten Knie (Pangonarthrose). Im Weiteren erwähnte der Gutachter die Einschränkungen durch den linken Ellenbogen (laterale Epicondylitis humeri links) und die Fersen (proximale Ansatzendinitis der Plantarfaszie). Bedingt durch das linke Knie ergebe sich dagegen



keine Limitierung (IV-act. 121 S. 8 - 11). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rein somatischen Sicht beruht auf eingehenden medizinischen Abklärungen - beinhaltend persönliche und bildgebende Untersuchungen - und kann ohne weiteres nachvollzogen werden. Auch die weiteren vorliegenden Arztberichte geben keinen Anlass zu Zweifeln an der Richtigkeit der gutachterlichen Einschätzungen. Folglich kommen aus orthopädischer Sicht lediglich leichte Arbeiten, welche abwechselnd sitzend und stehend ausgeführt werden können, in Frage, wobei insbesondere kniende Tätigkeiten sowie häufiges Laufen, Treppen- oder Leitersteigen ausgeschlossen sind.

3.2 Der psychiatrische Gutachter stellte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen: rezidivierende depressive Störung mit Zustand nach schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), bestehend von etwa Februar bis April 2012, seither mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1), rezidivierende Panikstörung (ICD-10: F41.0), bestehend seit der Kindheit (IV-act. 121 S. 27). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Zügen, bestehend seit Jahren (ICD-10: Z73.1), und chronischer Alkoholkonsum, bestehend seit etwa September 2011 (ICD-10: F10.25; IV-act. 121 S. 27). Der Gutachter erklärte hinsichtlich der seit Kindheit bestehenden rezidivierenden Panikstörung, dass durch medikamentöse Behandlungen eine Besserung habe erreicht werden können. Nach dem Tod des Sohnes im September 2011 sei es zu verstärkten Panikattacken gekommen. Seither träten die Panikattacken etwa jeden zweiten Tag auf. Beim Beschwerdeführer habe sich eine rezidivierende depressive Störung mit anfangs schwerer depressiver Episode entwickelt. Auch nach der Entlassung aus der Psychiatrischen Klinik I. \_\_\_ im April 2012 lasse sich trotz weiteren therapeutischen Massnahmen eine anhaltende mittelgradige depressive Störung erheben (IV-act. 121 S. 29 f.). Der Gutachter schätzte die Arbeitsfähigkeit ab Mai 2012 in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter aus psychiatrischer Sicht auf 40% und für leidensadaptierte Tätigkeiten auf 50% bei vollem Stundenpensum (IV-act. 121 S. 32). In Frage kämen angepasste Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung (IV-act. 121 S. 32 ff.). Im Weiteren führte der Gutachter aus, dass der chronische Alkoholkonsum Folge der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung sei. Zwar liessen sich psychosoziale Faktoren wie



Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme erheben, diese seien jedoch im Vergleich zum psychischen Leiden mit Krankheitswert (rezidivierende depressive Störung kombiniert mit einer Panikstörung) unbedeutender bzw. die psychischen Leiden mit Krankheitswert seien überwiegend ursächlich für die reduzierte Arbeitsfähigkeit (IV-act. 121 S. 35). Ferner gebe es auch keine Hinweise für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (oder eines sonstigen vergleichbaren syndromalen Zustands), seien doch die Schmerzen des Beschwerdeführers überwiegend organisch erklärbar (IV-act. 121 S. 33 ff.).

3.3 Nachfolgend sind die invalidisierende Wirkung der diagnostizierten (mittelschweren) depressiven Störung und die dagegen vorgebrachten Argumente der Beschwerdegegnerin zu prüfen.

3.3.1 Soweit die Beschwerdegegnerin aufgrund der Lebensgeschichte und der Lebensumstände des Beschwerdeführers auf diverse soziokulturelle und psychosoziale Probleme schloss, ist dies grundsätzlich nachvollziehbar. Dessen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung mit dem Hinweis auf invaliditätsfremde Gründe zu verneinen, ist indessen zu kurz gegriffen und wird der Situation und der Aktenlage nicht gerecht. Festzuhalten ist, dass im vorliegenden Fall auch eine medizinische Diagnose hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes vorliegt (vgl. Erwägung 3.2). Es fragt sich nun, ob diese in Bezug auf die unbestritten ebenfalls vorliegenden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren in den Vorder- oder in den Hintergrund tritt. Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu



unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009, E. 2). Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.3.2 Wie in Erwägung 3.2 dargelegt, diagnostizierte der Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ bis zum Ende der stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Ab Klinikaustritt bzw. ab Mai 2012 ging er von einer mittelgradigen depressiven Episode aus (ICD-10: F33.1). Im Weiteren diagnostizierte er eine seit Kindheit bestehende rezidivierende Panikstörung (ICD-10: F41.0), welche sich nach dem Tod der Mutter im Jahr 2010 und des Sohnes im September 2011 verstärkt habe.

3.3.3 In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V [F] der Weltgesundheitsorganisation) wird die von Dr. N.\_\_\_\_ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) als Störung beschrieben, die durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert sei. Die einzelnen Episoden dauerten zwischen drei und zwölf Monaten (im Mittel etwa sechs Monate). Die Besserung zwischen den Episoden sei im Allgemeinen vollständig, aber eine Minderheit von Patienten entwickle eine anhaltende Depression, hauptsächlich im höheren Lebensalter. Die einzelnen Episoden jeden Schweregrades würden häufig durch belastende Lebensereignisse ausgelöst. Eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung zeichnet sich dadurch aus, dass bei der gegenwärtigen Episode mindestens zwei der drei Hauptsymptome (depressive Stimmung, Verlust von Interesse oder Freude, erhöhte Ermüdbarkeit/reduzierter Antrieb) sowie drei oder vier Zusatzsymptome (verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und



pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit) vorhanden sein müssen.

3.3.4 Im psychiatrischen Teilgutachten führt Dr. N.\_\_\_\_ im Detail aus, welche Befunde und insbesondere welche Symptome er beim Beschwerdeführer erhob. Dies waren u.a. depressiver Gesamteindruck, mangelnde Interessen, mangelnde Motivation, mangelndes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Suizidgedanken mit Zufügen von Selbstverletzungen, Insuffizienzgefühle, fehlende Zukunftsperspektiven (IV-act. 121 S. 26 und 29). Aufgrund der festgestellten Symptome und der früher erhobenen Befunde und Diagnosen (insb. Bericht der Psychiatrische Klinik I.\_\_\_\_, IV-act. 83) ist die gutachterliche Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, nachvollziehbar und überzeugend. Es ist daher im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ein psychiatrisches Leiden mit Krankheitswert vorliegt.

3.3.5 Zur diagnostizierten Panikstörung, gekennzeichnet durch wiederholt auftretende Panikattacken mit Todesangst, Herzrasen, Schweissausbrüchen und Ohnmachtsanfällen, ist anzumerken, dass sich die Situation u.a. unter medikamentöser Behandlung zwar verbesserte, die Panikattacken sich jedoch in Folge der Todesfälle (Mutter im Jahr 2010; Sohn im Jahr 2011) vermehrten (etwa jeden 2. Tag, IV-act. 121 S. 29). Die Argumentation der Beschwerdegegnerin mit dem Verweis auf den Bericht der Rehaklinik Bellikon aus dem Jahre 2010, dass die Panikstörung die Arbeitsfähigkeit nicht tangiere, überzeugt nicht, denn die Panikstörung ist nicht isoliert, sondern zusammen mit der depressiven Störung zu würdigen. Von Relevanz ist ausserdem, dass der Bericht der Klinik Bellikon vor dem gesundheitlich belastenden Ereignis (Todesfall des Sohnes) erstellt worden war und deshalb zur Beurteilung der psychischen Situation ab September 2011 unbehelflich ist.

3.3.6 Für das Vorliegen eines versicherungsrelevanten psychischen Leidens sprechen ausserdem die stationäre und ambulante psychiatrische Behandlung in der Psychiatrischen (Tages-) Klinik I.\_\_\_\_ in den Jahren 2012 und 2013 (vgl. IV-act. 83, 95, 106 und 114), die nach dem stationären Klinikaustritt fortgesetzte psychiatrische Behandlung durch Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 84 und 90) sowie die gutachterliche Empfehlung, dass die antidepressive Medikamentation fortzusetzen und eine erneute



stationäre Behandlung in Betracht zu ziehen sei (vgl. IV-act. 121 S. 33 f.). Dem Einwand der Beschwerdegegnerin, dass die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden seien bzw. es an einer konsequenten Depressionstherapie fehle, ist zu entgegnen, dass aus den Akten nicht ersichtlich ist, dass der Beschwerdeführer die von den Ärzten empfohlenen Therapien abgelehnt hätte. Dass bei ausbleibendem (erhofftem) Erfolg der psychiatrische Gutachter vorschlägt, die Therapien zu intensivieren und einen weiteren stationären Aufenthalt in Erwägung zu ziehen, ist nachvollziehbar. Dass eine Intensivierung nicht bereits (früher) erfolgte, kann dem Beschwerdeführer jedoch nicht zum Vorwurf gemacht werden, da er den Empfehlungen der behandelnden Ärzte - soweit aus den Akten ersichtlich - stets gefolgt war. Wie zuvor dargelegt, unterzog sich der Beschwerdeführer einer umfassenden und diversifizierten psychotherapeutischen Behandlung. Anzuführen ist, dass der Gutachter aufgrund der bisherigen Fortschritte von einer ungünstigen Prognose hinsichtlich einer wesentlichen Besserung des psychischen Zustandes ausging und eine Leistungssteigerung als nicht absehbar erachtete (IV-act. 121 S. 34).

3.3.7 Das Fazit des psychiatrischen Gutachters, dass nicht im überwiegenden Masse von einem psychosozial begründeten Krankheitsbild, sondern vom Vorliegen einer ausgeprägten und dauerhaften psychischen Störung von Krankheitswert in der Form einer rezidivierenden depressiven Störung (ab Mai 2012 mittelgradige depressive Episode, ICD-10: F33.1) und einer rezidivierenden Panikstörung (ICD-10: F41.0) auszugehen sei, ist nachvollziehbar sowie überzeugend und schlüssig.

3.4 Im Weiteren ist festzustellen, dass der RAD in der Stellungnahme vom 25. März 2014 das orthopädisch-psychiatrische Gutachten vom 18. Dezember 2013 als ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar beurteilte, weshalb darauf abgestellt werden könne. Der RAD ging aus versicherungsmedizinischer Sicht von einem stabilen Gesundheitszustand aus und erachtete eine Arbeitsfähigkeitssteigerung ebenfalls als unwahrscheinlich. Übereinstimmend mit den Gutachtern ging der RAD von einer Arbeitsfähigkeit ab Mai 2012 in der angestammten Tätigkeit von 40% und in adaptierten Tätigkeiten von 50% aus (IV-act. 123).

3.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das MGSG-Gutachten auf eigenständigen orthopädischen und psychologischen Abklärungen, mithin auf



allseitigen Untersuchungen beruht und damit für die streitigen Belange umfassend ist. Es wurden die Vorakten verwertet und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge (orthopädisch, psychiatrisch und in deren Zusammenspiel) und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, dies insbesondere auch durch die Auseinandersetzung mit der Entstehung und dem Verlauf der bestehenden Leiden. Vor diesem Hintergrund vermögen auch die darin enthaltenen Schlussfolgerungen, namentlich die Umschreibung der leidensadaptierten Tätigkeiten und deren Umfang, zu überzeugen. Die von der Beschwerdegegnerin vorgetragene Einwände gegen das Gutachten vermögen nicht zu überzeugen bzw. den Beweiswert des Gutachtens zu mindern. Das bidisziplinäre Gutachten erfüllt mithin alle praxisgemässen Kriterien für ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a), so dass grundsätzlich darauf abzustellen ist. Da die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch Krankheiten mit Krankheitswert bedingt sind, sind diese invalidenversicherungsrechtlich relevant.

4.

Nachfolgend ist der frühestmögliche Anspruchsbeginn auf eine Invalidenrente zu bestimmen.

4.1 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt. Da sich der 1967 geborene Beschwerdeführer am 7. Juni 2010 zum Bezug von IV-Leistungen anmeldete, kann ein Rentenanspruch frühestens ab 7. Dezember 2010 entstehen.

4.2 Die Rentenanspruchsvoraussetzung gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG ist vorliegend erfüllt, denn Eingliederungsmassnahmen zur Reintegration des Beschwerdeführers in den ersten Arbeitsmarkt sind vorliegend nicht erforderlich bzw. nicht angezeigt.

4.3 Am 5. Mai 2010 fand ein ambulantes Assessment in der Rehaklinik Bellikon statt, worauf ein stationärer Aufenthalt vom 20. Mai bis 23. Juni 2010 in dieser Institution



folgte. Im Austrittsbericht vom 13. Juli 2010 erklärten die Klinikärzte, dass dem Beschwerdeführer wegen der Knieproblematik und der degenerativen HWS-Veränderung die angestammte Tätigkeit als Lagermitarbeiter nicht mehr zumutbar sei (IV-act. 21). Seither bestand zumindest eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (IV-act 31, 33 S. 3, 34). Damit erfüllt der Beschwerdeführer einerseits den erforderlichen durchschnittlichen Mindestgrad der Arbeitsunfähigkeit von 40% und andererseits ab dem 5. Mai 2011 das erforderliche Wartejahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG).

4.4 Der Anspruch auf eine Rente setzt zudem voraus, dass der Versicherte nach Ablauf des Wartejahres zu mindestens 40 Prozent invalid im Sinne von Art. 8 ATSG ist (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Der Beschwerdeführer erfüllt diese Voraussetzung ab Januar 2012 (100%ige Arbeitsunfähigkeit während des Klinikaufenthalts von Januar bis April 2012 und anschliessend 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit).

4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der frühestmögliche Anspruchsbeginn auf eine Invalidenrente der 1. Januar 2012 ist.

5.

Nachfolgend sind der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleiches und der Rentenanspruch zu bestimmen.

5.1 Da vorliegend mangels gegenteiliger Hinweise davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer als Gesunder weiterhin im gleichen Umfang in seiner bisherigen Tätigkeit weitergearbeitet hätte, bildet das zuletzt vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Einkommen einen wichtigen Anhaltspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens. Gemäss dem Fragebogen für Arbeitgebende vom 18. Juni 2010 war der Beschwerdeführer im letzten Festanstellungsverhältnis als Kommissionierer/ Lagermitarbeiter tätig (IV-act. 9). Gemäss Arbeitgeber betrug der AHV-pflichtige Jahreslohn ab April 2008 Fr. 61'100.- (100% Pensum). Im Jahr 2010 hätte der Beschwerdeführer bei voller Gesundheit Fr. 61'750.- verdient (vgl. IV-act. 9 S. 3).



Angepasst an die Nominallohnentwicklung bei Männern (2011: +1%) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 62'368.- für das Jahr 2011.

### 5.2

5.2.1 Der Beschwerdeführer ist in der Wahl einer neuen Stelle behinderungsbedingt eingeschränkt, so dass ihm nicht mehr das gesamte Spektrum an Hilfsarbeiten offen steht. Als Ausgangseinkommen zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist demnach auf das durchschnittliche Einkommen gemäss LSE 2010, TA 1, Anforderungsniveau 4, von Fr. 4'901.- abzustellen (vgl. Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG; BGE 124 V 321). Nominallohnindexbereinigt (+1%) und angepasst auf die betriebsübliche Arbeitszeit im Jahr 2011 von 41.7 Stunden beträgt der monatliche Bruttolohn Fr. 5'160.- bzw. 61'925.- pro Jahr. Bei einer Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 100% bzw. 50% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 61'925.- bzw. Fr. 30'962.- pro Jahr.

5.2.2 Im Weiteren ist zu prüfen, ob ein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (BGE 124 V 321 E. 3b/aa; 126 V 75 E. 5b/aa). Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25% gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U 242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg zu verwerthen in der Lage sind (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - insbesondere auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 75 E. 5b; 129 V 472 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Da im zuvor ermittelten Invalidenlohn die 50%ige Leistungsreduktion bereits berücksichtigt ist, sind nur noch die qualitativen Einschränkungen, welche zu einer unterdurchschnittlichen Bezahlung im Vergleich zum Durchschnittslohn führen, zu berücksichtigen. Relevant sind



vorliegend insbesondere die gesundheitsbedingten qualitativen Einschränkungen wie die sehr geringe Belastbarkeit (kein Stress, kein Kundenkontakt), keine Arbeit im Freien, die eingeschränkte Beweglichkeit (kein Treppensteigen, keine knienden Arbeiten), die krankheitsbedingten Verhaltensweisen (Panikattacken), die Beanspruchung des Arbeitsplatzes während des ganzen Tages bei lediglich 50%iger Leistung und die behandlungsbedingten Absenzen (Therapien und Möglichkeit von Klinikaufenthalten). Eine lohnmässig relevante Erschwernis ergibt sich durch den Umstand, dass vorliegend nur noch leichte Hilfsarbeiten in Frage kommen, für welche kein Mangel an Arbeitskräften besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. Januar 2008, 9C\_603/2007, E. 4.2.3). Ein Leidensabzug von 15% erscheint als angemessen.

5.3 Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Übergangszeit gemäss Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) resultiert, dass der Beschwerdeführer für die Monate Januar bis Juli 2012 mit seinem Invaliditätsgrad von 100% Anspruch eine ganze Rente hat. Ab August 2012 ist von einem erzielbaren Invalideneinkommen von Fr. 26'318.- und damit von einem Invaliditätsgrad von 58% ([Fr. 62'368.-- Fr. 26'318.-] / Fr. 62'368.-) auszugehen. Ab August 2012 besteht demzufolge ein Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung.

6.

6.1 In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 30. Juni 2014 aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist für die Monate Januar bis Juli 2012 eine ganze Rente und ab 1. August 2012 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Zur Festsetzung der Rentenhöhe ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2 Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) vom 9. Oktober 2014 ist damit obsolet geworden.

6.3 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. 1bis des Bundesgesetzes über die



## St.Galler Gerichte

Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdegegnerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.- aufzuerlegen.

6.4 Gemäss Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.- bis Fr. 12'000.-. Im hier zu beurteilenden Fall ist eine Parteientschädigung Fr. 3'500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle vom 30. Juni 2014 aufgehoben und dem Beschwerdeführer für die Monate Januar bis Juli 2012 eine ganze Rente und mit Wirkung ab 1. August 2012 eine halbe Rente zugesprochen. Zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.