



**Fall-Nr.:** IV 2016/422  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.05.2020  
**Entscheiddatum:** 12.03.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.03.2019**

**Art. 28 und 29 IVG; Art. 7 und 8 ATSG: Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens sowie weiterer medizinischer Berichte. Beweiskraft des Gutachtens bejaht. Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit von 85 % ebenfalls bejaht. Vornahme des Einkommensvergleichs. Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen des Beschwerdeführers zu tief angesetzt. Teilweise Gutheissung der Beschwerde. Zusprechen einer Viertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. März 2019, IV 2016/422).**

#### **Entscheid vom 12. März 2019**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2016/422

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwältin Jasmina Husidic, MLaw,



## St.Galler Gerichte

GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 28. Februar 2012 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). In der Anmeldung gab er an, dass er eine Halswirbelversteifung hinter sich habe und dass auch die Nerven der einen Hand geschädigt seien (IV-act. 1 S. 6). Er war im Anmeldezeitpunkt bei der B.\_\_\_\_ AG als Servicetechniker angestellt, jedoch war ihm das Anstellungsverhältnis seitens der Arbeitgeberin per 31. März 2012 gekündigt worden (IV-act. 1 S. 5, 6 S. 1 und 7 S. 1 f.).

A.b Vom 29. Februar bis 13. März 2012 befand sich der Versicherte in der Klinik Z.\_\_\_\_ zur stationären Therapie. Im Austrittsbericht vom 14. März 2012 nannten die behandelnden Ärzte als Diagnose ein chronisches lumbovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom bei mikrochirurgischer Dekompression und Spondylodese C5-7 im März 2011 sowie bei mehrmaligen Facettengelenkinfiltrationen im Lumbalbereich (IV-act. 15).

A.c Nachdem die IV-Stelle einige Abklärungen getroffen (vgl. IV-act. 2 ff.) und mit dem Versicherten ein Assessmentgespräch durchgeführt hatte (vgl. IV-act. 33), legte sie ihm am 7. Januar 2013 eine Vereinbarung mit dem Ziel der aktiven Stellensuche zur



## St.Galler Gerichte

Unterschrift vor (vgl. IV-act. 44). Der Versicherte unterzeichnete die Vereinbarung noch am gleichen Tag (vgl. IV-act. 45).

A.d In einer Mitteilung vom 25. Januar 2013 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten eine Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (IV-act. 53).

A.e Mit Verfügung vom \_\_ 2013 hiess das regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) ein Gesuch um Zustimmung zu einem vom \_\_ 2013 bis 18. April 2014 dauernden Kurs für eine Ausbildung als Energieberater gut (IV-act. 56 i.V.m. IV-act. 55 S. 3).

A.f Mit einer Mitteilung vom 22. November 2013 lehnte die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf weitere berufliche Massnahmen ab. Zur Begründung führte sie an, dass der Versicherte seit Januar 2013 im Rahmen der Arbeitsvermittlung bei der Stellensuche unterstützt werde und es trotz dieser Bemühungen nicht gelungen sei, ihn innert angemessener Zeit in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Laut der Besprechung vom 5. November 2013 sei der Versicherte damit einverstanden, dass die Unterstützung bei der Stellensuche beendet werde (IV-act. 58).

A.g Mit einem Vorbescheid vom 3. Dezember 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, sein Rentenbegehren bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 19 % abzulehnen (IV-act. 61). Dagegen wandte der Versicherte am 9. Dezember 2013 ein, seine Einschränkungen und Defizite seien noch zu wenig abgeklärt worden; namentlich sei seine Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bisher nicht abgeklärt worden. Auch habe sich sein Gesundheitszustand verschlechtert (IV-act. 65).

A.h Vom 2. August bis 22. August 2014 war der Versicherte in der Klinik C.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 22. August 2014 nannten die behandelnden Ärzte als Diagnosen Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, eine rezidivierende depressive Störung, ein chronisches cervicospondylogenes Schmerzsyndrom, eine arterielle Hypertonie, einen Vitamin 3D-Mangel substituiert sowie eine seborrhoische Dermatitis. In der Beurteilung hiess es, dass der Versicherte aufgrund der zunehmenden Schmerzsymptomatik des linken Armes nicht mehr im selben Masse habe berufstätig sein können und dass sich im Rahmen dieser als



Krönkung empfundenen Situation vermutlich ein psychophysischer Erschöpfungszustand entwickelt habe. Da der Versicherte kurz nach einem Urlaub am Meer in den stationären Aufenthalt eingetreten sei, habe dieser Erschöpfungszustand jedoch nicht so sehr im Vordergrund gestanden. Während der Hospitalisation habe sich der Versicherte psychophysisch stärken können. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden. Eine solche werde voraussichtlich noch länger bestehen, da der Versicherte bei Aktivitäten, die eine Anstrengung der oberen Extremitäten bedingten, Schwierigkeiten habe und die Ausübung seines angestammten, körperlich anspruchsvollen Berufs unrealistisch sei (IV-act. 94).

A.i Nach dem Erhalt weiterer medizinischer Berichte (vgl. IV-act. 65 ff.) ordnete die IV-Stelle am 6. Oktober 2014 eine polydisziplinäre Untersuchung an (IV-act. 96). Im Dezember 2014 wurde der Versicherte von der medaffairs AG, Basel, polydisziplinär (neurologisch, internistisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet (vgl. IV-act. 107). In seiner neurologischen Untersuchung konnte Dr. med. D.\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er in seinem Fachgutachten vom 5. Dezember 2014 einen Tremor linksseitig mit Verdacht auf eine somatoforme Störung, ein linksbetontes Sulcus-ulnaris-Syndrom, wahrscheinlich mit intermittierend akzentuierten Sensibilitätsstörungen im Ulnaris-Versorgungsgebiet, neurographisch mit ausgeprägter Myelinscheidenschädigung des Nervus ulnaris auf der linken Seite und mit ausgeprägter linksbetonter lokaler Schwellung des Nervus ulnaris im Bereich des Sulcus ulnaris, eine leichtgradige lokale Schädigung des Nervus medianus mit einem neurographischen und nervensonographischen Korrelat linksseitig und mit einem nervensonographischen Korrelat auf der rechten Seite sowie ein Restless-Legs-Syndrom (IV-act. 110 S. 43 f.). Hinsichtlich der Tremor-Symptomatik führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, dass diese aller Wahrscheinlichkeit nach funktioneller Genese sei und keinen somatischen Ursprung habe. Die Tremor-Symptomatik sei nämlich unter Ablenkung nicht vorhanden gewesen. Bei einem somatisch begründbaren Tremor werde die Symptomatik durch Ablenkung verstärkt oder komme erstmalig zum Vorschein. Obwohl die Tremor-Symptomatik aller Wahrscheinlichkeit nach keinen somatischen Ursprung habe, sei sie bezüglich der Funktion der linken oberen Extremität zum Teil einschränkend, wobei grobmotorische Bewegungen wahrscheinlich noch gut durchgeführt werden könnten, feinmotorische Arbeiten und gerichtete Zielbewegungen



mit der linken Hand hingegen nur eingeschränkt möglich seien. Inwieweit es sich um einen bewussten oder unbewussten Prozess handle, sei durch den psychiatrischen Gutachter zu beurteilen. Weiter ging Dr. D. \_\_\_ aufgrund des klinischen Untersuchungsbefunds mit fehlenden motorischen und nicht sehr ausgeprägten sensiblen Ausfällen davon aus, dass der lokalen Schädigung des Nervus ulnaris beidseits per se kein wesentlicher Einfluss auf die Funktion und somit auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. Auch hätten sich in der klinischen Untersuchung keine Hinweise für eine ausgeprägtere motorische Einschränkung der Nervus medianus innervierten Muskulatur und kein Hinweis für ein kontinuierliches sensibles Defizit im Nervus medianus Gebiet gezeigt. Der Versicherte erfülle alle diagnostischen Kriterien für ein Restless-Legs-Syndrom, sodass das Vorliegen eines solchen sehr wahrscheinlich sei. Bei den Beinen handle es sich wahrscheinlich um ein idiopathisches Geschehen, da in der klinischen Untersuchung weder Hinweise für eine Polyneuropathie noch für eine radikuläre Schädigung an den unteren Extremitäten vorgelegen hätten. Eine arbeitsrelevante Funktionseinschränkung im eigentlichen Sinne ergebe sich aus der Symptomatik nicht, da die Symptome primär in Ruhe oder in der Nacht beim Schlafen aufträten. Demnach bestehe diesbezüglich kein signifikanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unter der Voraussetzung, dass Tätigkeiten nicht im Sitzen oder Liegen durchgeführt werden müssten (IV-act. 110 S. 45 ff.).

Zusammenfassend kam Dr. D. \_\_\_ zum Schluss, dass in einer angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung der Diagnosen aus dem neurologischen Fachgebiet keine eingeschränkte Leistungsfähigkeit und keine Einschränkung hinsichtlich der Arbeitszeit bestehe. Eine angepasste Tätigkeit müsste derart gestaltet sein, dass der Versicherte in unterschiedlichen Positionen sitzend und stehend arbeiten könne, um länger anhaltende Positionen mit sich daraus ergebener Restless-Legs-Symptomatik zu vermeiden. Zudem sollte die Arbeit keine koordinativ anspruchsvollen Tätigkeiten der linken oberen Extremität einschliessen (IV-act. 110 S. 48). Bezüglich der Schädigung des Nervus ulnaris merkte Dr. D. \_\_\_ an, dass diese derzeit wahrscheinlich subklinisch sei. In Anbetracht der ausgeprägten Schädigung und des nervensonographischen und neurographischen Befundes sollte jedoch eine operative Versorgung der linken Seite erfolgen. Rechtsseitig sollten konservative Massnahmen wie beispielsweise die Vermeidung von nächtlichen Flexionsstellungen des Ellbogengelenks ausprobiert werden. Überdies seien neurographische und nervensonographische Verlaufskontrollen



unbedingt notwendig. Hinsichtlich des Restless-Legs-Syndroms sei eine Therapie mit Dopaminergika anzustreben (IV-act. 110 S. 49). Aus internistischer Sicht konnte Dr. med. E.\_\_\_\_ keine Diagnosen erheben, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder eine generelle Arbeitsunfähigkeit hätten erklären können. Allerdings wies Dr. E.\_\_\_\_ in seinem internistischen Teilgutachten vom 9. Dezember 2014 darauf hin, dass der Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom abgeklärt werden sollte, da bei Vorliegen eines relevanten Befundes eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bis zu 20 % resultieren könnte (IV-act. 110 S. 32). Dr. med. F.\_\_\_\_ nannte in seinem orthopädischen Gutachten vom 11. Dezember 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach mikrochirurgischer Diskusdekompression und interkorporeller Fusion mit Cspace und CSLP C5-7 bei therapieresistenter Cervicobrachialgie links und spondylotischer Radikulopathie C6 und C7 links im März 2011, eine Facettengelenkarthrose L4/5 beidseits mit Radikulopathie L5 sowie eine Bandscheibenprotrusion L3/4 ohne Nervenwurzelkompression (IV-act. 110 S. 63). In der angestammten Tätigkeit sei der Versicherte mindestens seit März 2011 zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 110 S. 65). In einer angepassten Tätigkeit sei der Versicherte für schwere und sehr schwere Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Für mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Für leichte Tätigkeiten sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig. Vermieden werden sollte ein Heben von Lasten über 25 kg. Lasten von ca. 15 kg könnten selten, einmalig bis Lendenhöhe gehoben werden. Über Brusthöhe könne nur bis 5 kg gehoben werden, jedoch auch dies nur selten. Vermieden werden sollte ein übermässiger Stress, da die Konzentrationsfähigkeit beim Versicherten herabgesetzt sei. Auf jede volle Stunde sollte mindestens eine 10-minütige Pause folgen (IV-act. 110 S. 67 f.). Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, konnte in seiner psychiatrischen Untersuchung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 12. Dezember 2014 hielt er fest, dass die in den Akten auftauchende Depression remittiert sei, während der Exploration sei kein depressives Syndrom zu erkennen gewesen. Die im neurologischen Gutachten vermutete somatoforme Schmerzstörung könne als solche nicht bestätigt werden. Vielmehr bestehe durch die Chronifizierung der Schmerzsymptomatik eine lediglich somatoforme Komponente, wobei aber keine ausreichenden Anhaltspunkte für ein syndromales Beschwerdebild vorlägen. Eine psychiatrische Komorbidität, welche massgebend oder eindeutig auf das



## St.Galler Gerichte

Schmerzempfinden Einfluss nehme, könne nicht eruiert werden (IV-act. 110 S. 87). In ihrer konsensualen Beurteilung vom 3. März 2015 bzw. in ihrem Gutachten vom 11. März 2015 hielten die vier Gutachter zusammenfassend fest, dass aus neurologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, wobei der Versicherte in unterschiedlichen Positionen sitzend und stehend arbeiten können müsse, um länger anhaltende Positionen mit sich daraus ergebender Restless-Legs-Symptomatik zu vermeiden. Zudem sollte die Arbeit keine koordinativ anspruchsvollen Tätigkeiten der linken oberen Extremität beinhalten. Aus orthopädischer Sicht sei der Versicherte für schwere Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Für mittelschwere Tätigkeiten (Heben von Lasten bis 15 kg) bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % verteilt auf den gesamten Arbeitstag. Für leichte Tätigkeiten sei der Versicherte aus orthopädischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig, wobei untertags regelmässige Pausen von mindestens zehn Minuten auf eine volle Stunde erfolgen müssten, was einer Leistungslimitierung von 15 % entspreche. Generell vermieden werden sollte das Heben von Lasten über 25 kg. Lasten von ca. 15 kg könnten selten einmalig bis Lendenhöhe gehoben werden. Über Brusthöhe könnten nur noch Gewichte bis 5 kg gehoben werden, jedoch auch dies nur selten. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in jeder seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 110 S. 24 i.V.m. S. 9).

A.j Am 27. März 2015 führte der regionale ärztliche Dienst (RAD) aus, dass im neurologischen Gutachten neu ein Restless-Legs-Syndrom mit Ausdehnung auf die Arme diagnostiziert worden sei. Leider fehle eine genaue Anamnese des Schlafverhaltens. Internistischerseits sei der abklärungsbedürftige Verdacht auf ein Schlaf-Apnoe-Syndrom geäussert worden, da der Versicherte über ein fünf Jahre zurückliegendes Ereignis von Sekundenschlaf berichtet habe. Gesamthaft könne also die Arbeitsfähigkeit noch nicht abschliessend beurteilt werden. Bei der Verdachtsdiagnose eines Restless-Legs-Syndrom mache eine abschliessende Begutachtung erst nach der Ausschöpfung der Behandlungsmassnahmen Sinn. Der Versicherte sollte sich in eine schlafmedizinische Behandlung zur Durchführung einer Polysomnographie begeben. Bei einer Bestätigung eines Restless-Legs-Syndroms sei eine entsprechende medikamentöse Behandlung einzuleiten. Deren Effekt könne durch eine fachärztliche Untersuchung, z.B. im RAD, beurteilt werden (IV-act. 111 S. 2).



## St.Galler Gerichte

A.k Am 1. April 2015 forderte die IV-Stelle den Versicherten dazu auf, sich in eine schlafmedizinische Behandlung zur Durchführung einer Polysomnographie zu begeben (IV-act. 112). Eine im Universitätsspital Zürich durchgeführte Polysomnographie vom 10. Juni 2015 dokumentierte periodische Beinbewegungen, eine leichtgradige obstruktive schlafassoziierte Atemstörung vom obstruktiven Typ und aggraviert in Rückenlage sowie beim REM-Schlaf und ein mögliches Korrelat einer REM-Schlafverhaltensstörung. Die Befunde eines Multiple Sleep Latency Tests vom 11. Juni 2015 sprachen für einen im Mittel normalen Schlafdruck, wobei jedoch eine starke tageszeitliche Schwankung sichtbar war. Eine vom Universitätsspital Zürich ausgewertete Aktigraphie vom 16. Juni 2015 dokumentierte eine mittlere Zubettgehzeit des Versicherten um 22.24 Uhr und eine mittlere Aufstehzeit um 5.32 Uhr, was im Mittel eine nächtliche Bettruhe von 7.08 Stunden bedeutete. Von der akzelerometrisch erfassten motorischen Aktivität erschien die Tagesaktivität insgesamt gut konsolidiert mit Ausnahme von deutlichen Aktivitätseinbrüchen am Abend. An einigen Tagen war zudem ein Nickerchen während des Tages dokumentiert. Die nächtliche Hauptruhephase war aktimetrisch unauffällig ohne vermehrte Aktivität (IV-act. 120 S. 5). Aufgrund der durchgeführten Schlafuntersuchungen wurden im Sprechstundenbericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich vom 29. Juni 2015 folgende Diagnosen gestellt: Ein hochgradiger Verdacht auf ein Restless-Legs-Syndrom, ein leichtgradig obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine leichte REM-Schlaf-Verhaltensstörung (REM sleep behaviour disorder, RBD) sowie ein Haltetremor der linken Hand. Bezüglich des Restless-Legs-Syndroms wurde nach der Sprechstunde vom 29. Juni 2015 eine Therapie mit dem Medikament Sifrol in Angriff genommen (IV-act. 120 S. 1 f.).

A.l In einem Verlaufsbericht vom 16. November 2015 an den Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, führten die behandelnden Ärzte des Universitätsspitals Zürich aus, dass der Versicherte auf Sifrol in der Vergangenheit nicht angesprochen habe. Die initiale Tagesschläfrigkeit sei mittlerweile unter der Medikation Neupro jedoch gebessert worden (IV-act. 126 ff.).

A.m Am 14. April 2016 nannten die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich als Diagnosen ein bilaterales Sulcus-ulnaris-Syndrom, einen Verdacht auf ein Restless-Legs-Syndrom bei einem bislang fehlenden Ansprechen auf



Dopaminagonisten, jedoch mit remittierter Fatigue, ein leichtgradig obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine leichte REM-Schlaf-Verhaltensstörung sowie einen Haltetremor der linken Hand. Aus der dem Bericht beigelegten Krankengeschichte ging hervor, dass aufgrund der zwischenzeitlich gestellten Diagnose des Sulcus-ulnaris-Syndroms zur Nacht eine Ellbogenschiene verordnet worden war, worunter es laut Angaben des Versicherten zu einer leichten Besserung der nächtlichen Beschwerden bei Beschwerdepersistenz am Tag in Ruhe gekommen sei. Weiter hiess es in der Krankengeschichte, dass eine ausgedehnte Diagnostik in der Sprechstunde für Bewegungsstörungen keinen Hinweis auf eine dopaminergene Neurodegeneration gezeigt habe. Differentialdiagnostisch sei ein essentieller Tremor in Erwägung gezogen worden, weshalb eine Therapie mit Proanolol eingeleitet worden sei, die jedoch zu keiner Besserung der Symptomatik geführt habe. Die Restless-Legs-Symptomatik werde aktuell mit Neupro behandelt. Gemäss dem Versicherten sei es zu einem allgemeinen Ruhegefühl ohne ein Ansprechen bezüglich der Kribbelparästhesien in den Füssen und Beinen gekommen. Zur Abklärung der anamnestisch angegebenen Kribbelparästhesien in den Füssen und Beinen bei ziehenden Schmerzen sei der Versicherte für eine MRT-Untersuchung der Hals- und Lendenwirbelsäule angemeldet worden. Zudem sei eine Therapie mit Lyrica angeordnet worden (IV-act. 136). In einem Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich an die IV-Stelle vom 27. April 2016 wurden dieselben Diagnosen wie im Verlaufsbericht vom 14. April 2016 genannt. Weiter hiess es in dem Bericht, dass der Gesundheitszustand seit dem 16. November 2015 stationär sei (IV-act. 140 S. 1 ff.).

A.n In einem Verlaufsbericht an Dr. H.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2016 nannten die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich als Diagnosen ein bilaterales Sulcus-ulnaris-Syndrom, einen Verdacht auf ein Restless-Legs-Syndrom, Kribbelparästhesien und ziehende Schmerzen in den Füssen und Beinen, ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine leichte REM-Schlaf-Verhaltensstörung sowie einen Haltetremor der linken Hand. Weiter ging aus dem Bericht hervor, dass keine weiteren Untersuchungen mehr geplant waren (IV-act. 142 S. 1 f.). In der dem Bericht beigelegten Krankengeschichte war festgehalten worden, dass am 28. April 2016 MRT-Untersuchungen der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule zum Ausschluss einer strukturellen Genese durchgeführt worden seien. In der Gesamtschau hätten die MRT-Untersuchungen pathologische Befunde



## St.Galler Gerichte

auf dem Boden der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule geliefert, die allerdings die Symptomatik wenig erklärten. Gegen eine sekundäre Genese spreche auch die fehlende Besserung nach erfolgter Diskushernie-Operation. In diesem Falle trete ein Restless-Legs-Syndrom wieder in den Vordergrund der Differentialdiagnose. In Erwägung gezogen werden sollten noch ein atypisches Restless-Legs-Syndrom mit einem minimalen Ansprechen auf die dopaminerge Therapie oder ein RLS-Mimics (vgl. IV-act. 142 S. 3).

A.o In einer Stellungnahme vom 23. Juni 2016 führte der RAD aus, dass seit der polydisziplinären Begutachtung eine breite neurologische Abklärung und Therapie stattgefunden habe. Er gehe vom Eintritt eines im Grossen und Ganzen stabilen Gesundheitszustandes aus. Die bisherige Tätigkeit im Heizungsbau komme für den Versicherten nicht mehr in Frage, was gemäss dem orthopädischen Gutachten bereits seit März 2011 der Fall sei. Das im Konsens des Gutachtens beschriebene Profil einer leidensangepassten Tätigkeit gelte weiterhin. Die neurologischerseits beschriebenen Gesundheitsschäden sollten die Leistungsfähigkeit nicht weiter schmälern, sodass von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 15 % bei einem vermehrten Pausenbedarf ausgegangen werden könne. Das leidensangepasste Tätigkeitsprofil könne dahingehend ergänzt werden, dass keine Tätigkeiten mit einer regelmässigen Verletzungs- und Anstossgefahr im Bereich der Ellbogengelenke und keine feinmotorischen Tätigkeiten mit der linken Hand ausgeführt werden könnten (IV-act. 143 S. 1).

A.p Mit einem Vorbescheid vom 29. Juli 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, sein Rentenbegehren bei einer Arbeitsfähigkeit von 85 % in einer adaptierten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 31 % abzulehnen (IV-act. 145).

A.q Gegen diesen Vorbescheid wandte der Versicherte am 11. August 2016 ein, dass er Linkshänder sei und somit seine dominante Hand geschädigt sei. Diesem Umstand sei mit der ihm attestierten 15%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu wenig Rechnung getragen worden. Überdies machte er sinngemäss geltend, dass eine andere Tätigkeit seinen Fähigkeiten und Ressourcen entsprechen müsste und nicht ersichtlich sei, welche Tätigkeiten für ihn in Frage kämen. Eine weitere



## St.Galler Gerichte

Umschulung oder Ausbildung sei aufgrund seines Alters nicht mehr gewinnbringend. Allerhöchstens könne er wohl eine einfache Anlerntätigkeit ausführen, bei welcher er monatlich jedoch maximal Fr. 3'700.-- bis 3'800.-- verdienen könne (IV-act. 147).

A.r In einer Stellungnahme vom 28. Oktober 2016 führte der RAD aus, dass der Versicherte gutachterlich umfassend und gründlich untersucht worden sei. Eine Linksdominanz sei im Gutachten erwähnt worden. Die objektivierbaren Einschränkungen seien ausreichend berücksichtigt worden (IV-act. 149).

A.s In ihrer Verfügung vom 2. November 2016 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten aufgrund seines Einwandes neu einen Tabellenlohnabzug von 10 %, wies das Rentenbegehren aber aufgrund eines Invaliditätsgrads von 38 % ab (IV-act. 148 S. 1 ff.).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsanwalt am 5. Dezember 2016 Beschwerde erheben (act. G 1). Dieser stellte die Anträge, die Verfügung vom 2. November 2016 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Rente ab Juli 2012 auszurichten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen, insbesondere ein neues medizinisches Gutachten anzuordnen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (vgl. act. G 1 S. 2). Zur Begründung wurde ausgeführt, dass auf das Gutachten vom 11. März 2015 nicht abgestellt werden könne, der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden sei, die allfällige medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht verwertbar sei und die Invaliditätsbemessung von der Beschwerdegegnerin falsch vorgenommen worden sei (vgl. act. G 1). Die Beschwerdegegnerin habe für den Validenlohn lediglich auf den Grundlohn des Beschwerdeführers abgestellt, ohne die im Jahr 2011 erhaltenen Provisionen, Sondervergütungen, Pikettdienstzuschläge sowie Überstundenentschädigungen hinzuzurechnen (act. G 1 S. 14 f.).

B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Januar 2017 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 4 S. 2). Sie



## St.Galler Gerichte

stellte sich auf den Standpunkt, dass dem Gutachten vom 11. März 2015 voller Beweiswert zukomme und dass das vom Beschwerdeführer angeführte Valideneinkommen viel zu hoch berechnet sei. Allerdings nahm sie in ihrer Beschwerde eine von ihrer Verfügung vom 2. November 2016 abweichende Bemessung des Invaliditätsgrades vor und stellte sich neu auf den Standpunkt, dass ein Tabellenlohnabzug nicht gerechtfertigt sei (act. G 4).

B.c In seiner Replik vom 14. Februar 2017 hielt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde vom 5. Dezember 2016 gestellten Anträgen unverändert fest (act. G 6).

B.d Am 26. April 2017 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Honorarnote in der Höhe von Fr. 6'438.75 ein (act. G 9).

B.e In einem Schreiben vom 28. Januar 2019 zeigte die neue Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ihre Mandatsübernahme an und reichte eine entsprechende Vollmacht ein (act. G 11 und 11.1).

## Erwägungen

1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2016 das Rentengesuch des Beschwerdeführers abgewiesen (act. G 1.1.2). Zu prüfen ist, ob sie zu Recht einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint hat.

2.

2.1 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 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR



830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als 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 definiert. Die Invalidität ist 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.2 Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen einer Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; BGE 115 V 134 E. 2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

3.

Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung des Rentenanspruchs vorwiegend auf das polydisziplinäre Gutachten der medaffairs AG vom 11. März 2015 sowie auf die nach den schlafmedizinischen Abklärungen erfolgte Stellungnahme des RAD vom 23. Juni 2016 (vgl. act. G 1.1.2 und 4). Demgegenüber erachtet der



Beschwerdeführer das Gutachten aus mehreren Gründen als nicht beweistauglich (vgl. act. G 1 und 6), worauf nachfolgend genauer einzugehen ist.

3.1 Zunächst bringt der Beschwerdeführer vor, dass das Gutachten in zeitlicher Hinsicht keine rechtsgenügende Entscheidungsgrundlage darstelle, da die Begutachtung im Verfügungszeitpunkt bereits zwei Jahre zurückgelegen habe (act. G 1 S. 7). Demgegenüber misst die Beschwerdegegnerin dem Gutachten vollen Beweiswert zu (vgl. act. G 4 S. 3). Auch wenn der Beschwerdeführer im Dezember 2014 begutachtet worden ist (vgl. IV-act. 107) und die rentenablehnende Verfügung erst am 2. November 2016 ergangen ist (vgl. act. G 1.1.2), sind vorliegend keine Gründe ersichtlich, welche dem Gutachten per se seine Beweiskraft absprächen. Denn der Grund für die verzögerte Entscheidung sind weitere gesundheitliche Abklärungen gewesen, die anlässlich der Empfehlung der Gutachter (vgl. IV-act. 110 S. 17) und aufgrund der Stellungnahme des RAD vom 27. März 2015 ergangen sind (vgl. IV-act. 111 S. 2). Wenn sich aufgrund eines Gutachtens weitere Abklärungen anzeigen und die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht entsprechend nachkommt, ist dies nicht zu beanstanden. Vielmehr haben die zahlreichen weiteren schlafmedizinischen Abklärungen und Behandlungen zur Klärung der Situation beigetragen und der Beschwerdegegnerin gemeinsam mit dem Gutachten sowie einer abschliessenden Stellungnahme des RAD erst eine Entscheidung hinsichtlich der Rentenfrage ermöglicht. Die Beschwerdegegnerin hat seit der Begutachtung nicht unnötig Zeit verstreichen lassen, sondern immer wieder neue ärztliche Berichte eingeholt, welche Auskunft über den jeweils aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gegeben haben (vgl. IV-act. 112 ff.). Auch ist es dem Beschwerdeführer freigestanden, der IV-Stelle weitere ärztliche Berichte einzureichen, die seiner Meinung nach wesentlich sind, weil sie beispielsweise eine Veränderung seines Gesundheitszustandes dokumentieren. Kommt die IV-Stelle aufgrund eingeholter ärztlicher Berichte und deren Beurteilung durch den RAD zum Schluss, dass der medizinische Sachverhalt (inklusive allfälliger seit dem Gutachtenszeitpunkt eingetretenen Veränderungen) genügend abgeklärt ist, braucht sie nicht zwingend eine neue gutachterliche Untersuchung anzuordnen. Vielmehr kann sie aufgrund der Gesamtheit der vorliegenden Unterlagen entscheiden, wobei sie vorliegend auch dem polydisziplinären Gutachten vom 11. März 2015 Beachtung schenken darf, soweit



dieses schlüssig sowie vollständig ist und keine Indizien seine Beweiskraft in Zweifel ziehen.

3.2 Weiter beanstandet der Beschwerdeführer, dass die bei ihm diagnostizierten Schlafstörungen in der Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachtens nicht berücksichtigt worden seien. Ihm werde im Gutachten einzig aus orthopädischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugebilligt. Allerdings stehe ausser Zweifel, dass die drei bei ihm diagnostizierten Schlafstörungen Einfluss auf seine Leistungsfähigkeit hätten. Das seit dem Frühjahr 2016 aufgrund seines Tremors eingenommene Medikament Lyrica verschärfe die Tagesschläfrigkeit noch. Überdies bemängelt der Beschwerdeführer, dass ärztliche Feststellungen, die sich konkret darüber aussprechen, ob und inwiefern die Schlafstörungen eine Einschränkung seiner körperlichen und geistigen Funktionen zur Folge hätten, fehlten. Er wirft der Beschwerdegegnerin vor, dass sie diesbezügliche Abklärungen unterlassen habe (vgl. act. G 1 S. 9). Demgegenüber stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, dass es sich beim Schlafapnoesyndrom lediglich um eine Verdachtsdiagnose handle und eine solche nicht invalidisierend sei. Zwar werde in den Berichten des Universitätsspitals Zürich ein leichtgradiges Schlafapnoesyndrom diagnostiziert, jedoch sei nicht erkennbar, inwiefern dieses Leiden die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken solle, zumal er anlässlich der Begutachtung nicht durch eine Müdigkeit aufgefallen sei. Der geringe Leidensdruck des Beschwerdeführers ergebe sich auch daraus, dass dieser keine sogenannte CPAP-Maske trage, die ein Schlafapnoesyndrom wirksam bekämpfe. Der Beschwerdeführer habe sich bei der Verlaufskontrolle im Universitätsspital Zürich anfangs Mai 2016 denn auch nicht über eine Tagesmüdigkeit beklagt oder ein anderes Medikament verlangt (act. G 4 S. 3). Das Schlafverhalten und allfällige Schlafprobleme des Beschwerdeführers sind im Universitätsspital Zürich breit abgeklärt worden (vgl. IV-act. 113 ff.). Unter Berücksichtigung dieser Untersuchungen ist der RAD in seiner Stellungnahme vom 23. Juni 2016 nachvollziehbar zum Ergebnis gelangt, dass mittlerweile von einem im Grossen und Ganzen stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden könne und auf das im Gutachten beschriebene Leistungsprofil, ergänzt um einige Adaptionkriterien, abgestellt werden könne (vgl. IV-act. 143). Mit anderen Worten hat der RAD als Ergebnis der schlafmedizinischen Untersuchungen keine neuen Gesundheitsschäden erkannt, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers



weitergehend einschränken könnten. Der RAD hat zu den schlafmedizinischen Untersuchungen geraten (IV-act. 111 S. 2) und diese sowie die entsprechenden Behandlungen im Verlauf überprüft (vgl. IV-act. 122, 131, 141 und 143), was für ein sorgfältiges Vorgehen spricht. Auch ist die Einschätzung des RAD vom 23. Juni 2016 aufgrund der sich in den Akten befindenden Unterlagen nachvollziehbar. Inwiefern vorliegend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die diagnostizierten Schlafstörungen beeinflusst sein sollte, ist nicht ersichtlich. Die Aktigraphie vom 16. Juni 2015 hat in einem Zeitraum von über zwei Wochen eine mittlere Zubettgehzeit des Beschwerdeführers um 22.24 Uhr dokumentiert, eine mittlere Aufstehzeit um 5.32 Uhr und eine nächtliche Bettruhe von im Mittel 7.08 Stunden. Die nächtliche Hauptruhephase ist aktimetrisch ebenfalls unauffällig gewesen. Der Multiple Sleep Latency Test vom 11. Juni 2015 hat keine erhöhte Einschlafneigung ergeben und die Befunde haben für einen im Mittel normalen Schlafdruck gesprochen (vgl. IV-act. 119 S. 5). Überdies hat der Beschwerdeführer gemäss den Verlaufsberichten sogar selber eine Verbesserung der initialen Tagesschläfrigkeit unter der Medikation Neupro verspürt (vgl. IV-act. 127 i.V.m. 128 und 136 S. 3). Die Fatigue wird in mehreren Berichten des Universitätsspitals Zürich als remittiert bezeichnet (vgl. IV-act. 128 S. 1, 136 S. 1, 140 S. 5 und 9 und 142 S. 1). Hinsichtlich des Restless-Legs-Syndrom handelt es sich überdies lediglich um eine Verdachtsdiagnose. Während im Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich vom 29. Juni 2016 noch von einem hochgradigen Verdacht ausgegangen worden ist (vgl. IV-act. 121 S. 1), ist die Diagnose in späteren Berichten auf eine einfache Verdachtsdiagnose abgeschwächt worden (vgl. IV-act. 128, 136, 140 S. 5 ff. und 142). Überdies hat bereits Dr. D.\_\_\_\_ der von ihm diagnostizierten Restless-Legs-Symptomatik keine Auswirkungen auf die quantitative Arbeitsfähigkeit zugemessen (vgl. IV-act. 110 S. 47). Das diagnostizierte Schlafapnoesyndrom ist überdies nur leichtgradig ausgeprägt. Teilweise wurde bei der Polysomnographie auch eine Aggravation bemerkt (vgl. IV-act. 120 S. 5). Die Behandlung mit dem Medikament Lyrica ist seitens der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich eingeleitet worden. In den nach der Behandlungseinleitung (vgl. IV-act. 136 S. 3) ergangenen Berichten des Universitätsspitals Zürich vom 27. April 2016 und 24. Mai 2016 sind soweit ersichtlich keine Probleme aufgrund der Einnahme des Medikaments Lyrica erwähnt worden. Vielmehr ist eine remittierte Fatigue dokumentiert worden (vgl. IV-act. 140 S. 9 f. und 142 S. 1 ff.). Auch der RAD hat in seiner abschliessenden



Stellungnahme vom 23. Juni 2016 von keiner zunehmenden Tagesschläfrigkeit aufgrund des Medikaments berichtet (vgl. IV-act. 143). Demnach ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass zumindest im Verfügungszeitpunkt aufgrund der Einnahme des Medikaments keine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit vorgelegen hat. Selbst wenn aufgrund des Medikaments von gewissen, z.B. gefahrgeneigten Tätigkeiten möglicherweise Abstand zu nehmen ist, bedeutet dies nicht automatisch eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Welche Tätigkeiten zumutbar sind, ist in jedem Fall konkret zu prüfen. Im Verlaufsbericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich vom 24. Mai 2016 ist jedenfalls erwähnt worden, dass keine weiteren Untersuchungen mehr geplant seien (vgl. IV-act. 142 S. 2). Insgesamt erscheinen die Schlafstörungen somit als genügend abgeklärt und die Beurteilung des RAD vom 23. Juni 2016, wonach die schlafmedizinischen Diagnosen zu keiner zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen, überzeugt (vgl. IV-act. 143).

3.3 Weiter bezeichnet der Beschwerdeführer die Einschätzung des neurologischen Teilgutachters Dr. D.\_\_\_\_ als nicht nachvollziehbar. Dessen Ausführungen seien höchst widersprüchlich. Obwohl Dr. D.\_\_\_\_ selber vier Diagnosen beschreibe (Tremor linksseitig, linksbetontes Sulcus-ulnaris-Syndrom, leichtgradige lokale Schädigung des Nervus medianus und Restless-Legs-Syndrom) und aufgrund der Diagnosen Einschränkungen zubillige, lege er diese so zurecht, dass sie letztlich ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben. Auch begnüge sich Dr. D.\_\_\_\_ teilweise mit Angaben zum Normalfall statt abzuklären, welche Klinik konkret bestehe (act. G 1 S. 9 ff.). Die Beschwerdegegnerin hingegen ist der Ansicht, dass Dr. D.\_\_\_\_ in seiner Diagnosebeschreibung bzw. in seiner Beurteilung schlüssig aufgezeigt habe, weshalb der Beschwerdeführer aufgrund der neurologischen Befundlage in seiner Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei (act. G 4 S. 3 f.). Der Beschwerdegegnerin ist darin zuzustimmen, dass Dr. D.\_\_\_\_ die verschiedenen von ihm gestellten Diagnosen sehr einlässlich erläutert hat und dass er ausführlich begründet hat, inwiefern sich die Diagnosen im Einzelnen für den Beschwerdeführer einschränkend auswirken. Dr. D.\_\_\_\_ hat nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass sich beim Beschwerdeführer zwar nervensonographisch und neurographisch deutliche Schädigungen des Nervus ulnaris und geringfügige Schädigungen des Nervus medianus gezeigt haben, sich diese Schädigungen in der klinischen Untersuchung



jedoch kaum durch motorische oder sensible Defizite bemerkbar gemacht haben bzw. sich klinisch praktisch keine der Nervenschädigungen entsprechende Korrelate haben finden lassen. In diesem Kontext ist sodann die eher allgemein gehaltene sinngemässe Aussage entstanden, dass erhebliche Nervenschädigungen nicht zwangsläufig eine ausgeprägte Klinik zur Folge haben müssten (vgl. IV-act. 110 S. 43 ff.). Dr. D.\_\_\_\_ hat sich somit nicht mit Ausführungen allgemeiner Natur begnügt, sondern ist sehr wohl auf die individuelle Situation des Beschwerdeführers eingegangen. Auch hat Dr. D.\_\_\_\_ darauf aufmerksam gemacht, dass sich die Einschränkungen des Beschwerdeführers aufgrund der Nervenschädigungen verschärfen könnten, wenn entsprechende Behandlungen unterblieben (vgl. IV-act. 110 S. 49). Dr. D.\_\_\_\_ hat die gesundheitlichen Schädigungen somit nicht heruntergespielt oder negiert, vielmehr hat er sie ernst genommen. Aus dem Umstand, dass die Nervenschädigungen die Arbeitsfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt möglicherweise stärker einschränken könnten als aktuell, kann der Beschwerdeführer jedoch nicht für sich ableiten, die Arbeitsfähigkeit sei bereits jetzt aus neurologischen Gründen relevant eingeschränkt, zumal Dr. D.\_\_\_\_ Behandlungsmassnahmen, unter anderem eine Operation, empfohlen hat, von denen er sich das Aufhalten einer sonst allenfalls drohenden Verschlechterung der Nervenschädigungen verspricht (vgl. IV-act. 110 S. 49). Eine durch die vorgeschlagene Operation allenfalls kurzzeitige Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit ist im Rahmen der vorliegenden Rentenprüfung nicht relevant, zumal sich in den Akten keine Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass sich der Beschwerdeführer bereits zur Operation entschieden hätte. Auch spricht es für die Glaubwürdigkeit von Dr. D.\_\_\_\_, dass er beschrieben hat, welche Auswirkungen der Tremor allenfalls auf die Arbeitsfähigkeit haben könnte, sofern sich diese Symptomatik beispielsweise psychiatrisch ergründen liesse. Somatische Ursachen für den Tremor hat Dr. D.\_\_\_\_ nicht finden können. Ihm ist aufgefallen, dass die Tremor-Symptomatik unter Ablenkung aufgehört hat, was für einen somatischen Tremor atypisch sei. Mit anderen Worten hat er keine neurologische Erklärung für den Tremor gefunden (vgl. IV-act. 110 S. 45). Insofern ist nachvollziehbar und verständlich, dass er die mit dem Tremor möglicherweise einhergehenden Einschränkungen im Rahmen der neurologischen Beurteilung nicht als einschränkend gewertet hat. Vielmehr hat er auf das psychiatrische Gutachten verwiesen (vgl. IV-act. 110 S. 45 und 48), wobei der psychiatrische Gutachter keine Einschränkungen mit Auswirkung auf die



Arbeitsfähigkeit hat feststellen können (vgl. IV-act. 110 S. 83). Hinsichtlich des Restless-Legs-Syndroms wird auf die Ausführungen unter E. 3.2 verwiesen.

3.4 Neben dem neurologischen Teilgutachten überzeugen auch das orthopädische, das allgemeininternistische sowie das psychiatrische Gutachten. Selbst der Beschwerdeführer ist der Ansicht, dass seine Einschränkungen im orthopädischen Teilgutachten treffend beschrieben worden seien (vgl. act. G 1 S. 11). Dem Einwand des Beschwerdeführers, dass nicht nachvollziehbar sei, weshalb die im orthopädischen Gutachten erwähnten Beschwerden aus orthopädischer Sicht zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen sollten, kann nicht gefolgt werden (vgl. act. G 1 S. 11 f.). Dem Beschwerdeführer wird aus orthopädischer Sicht gerade eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugestanden (vgl. IV-act. 110 S. 24 i.V.m. 68).

3.5 Die vom Beschwerdeführer gegen das Gutachten vorgebrachten Einwände erweisen sich somit als nicht stichhaltig. Das Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die medizinischen Vorakten und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sind berücksichtigt worden. Die bescheinigte Arbeitsfähigkeit leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Das Gutachten erscheint in seiner Gesamtheit nachvollziehbar und schlüssig. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten nicht berücksichtigt worden wären oder dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung wesentlich verschlechtert hätte. Eher ist von einer leichten Verbesserung auszugehen (vgl. IV-act. 128 S. 1; 140 S. 5, 7 und 9 und 141; vgl. dazu auch E. 3.2). Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachtens kann somit unter Berücksichtigung der in der Stellungnahme des RAD vom 23. Juni 2016 genannten weiteren Adaptionenkriterien abgestellt werden (vgl. IV-act. 143).

4.

4.1 In einem nächsten Schritt ist die Frage zu beantworten, inwiefern der Beschwerdeführer seine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 85 % auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verwerten kann.



4.2 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass er seine Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten könne. Die letzten Jahre, in denen er mehrere Arbeits- bzw. Ausbildungsversuche unternommen habe und hunderte von Bewerbungen versandt habe, zeige dies exemplarisch (act. G 1 S. 13 f.). Demgegenüber ist die Beschwerdegegnerin der Ansicht, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt Tätigkeitsoptionen für den Beschwerdeführer bereithalte (vgl. act. G 1.1).

4.3 Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). An der Massgeblichkeit des fiktiven ausgeglichenen Arbeitsmarktes vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, im tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden. Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist hingegen in denjenigen Fällen anzunehmen, in denen die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie selbst der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C\_485/2014, E. 2 und E. 3.3.1 mit Hinweisen).

4.4 Vorliegend ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt (vgl. BGE 138 V 461 E. 3.3) auf dem ausgeglichenen fiktiven Arbeitsmarkt Tätigkeiten offen gestanden haben. Zu denken ist beispielsweise an leichte, wechselbelastende Verpackungsarbeiten oder einfache Warenbewirtschaftungstätigkeiten. Für Hilfsarbeitertätigkeiten ist auch keine Umschulung erforderlich, eine eher kurze Einarbeitungszeit genügt. Auch dürfte der Beschwerdeführer aufgrund seines bisherigen Tätigkeitsbereichs (vgl. IV-act. 7 S. 2) Qualifikationen und Eigenschaften haben, welche den Einstieg in eine andere Tätigkeit erleichtern.

5.



5.1 Ausgehend von einer 85%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sind die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.1).

5.2 Massgebend für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (vgl. BGE 129 V 222). Die vorliegend zu beurteilende IV-Anmeldung hat der Beschwerdeführer am 28. Februar 2012 bei der IV-Stelle eingereicht (vgl. IV-act. 1). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG wäre somit der 1. August 2012. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen gewesen, da der Beschwerdeführer gemäss dem orthopädischen Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ bereits seit März 2011 in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist (vgl. IV-act. 110 S. 65). Zwar haben nach diesem Zeitpunkt noch medizinische Behandlungen stattgefunden, die teilweise auch zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers geführt haben. Allerdings sind diese Massnahmen (z.B. schlafmedizinische Behandlungen) entweder ohne spürbaren Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit geblieben oder aber sie haben im Wesentlichen der Behebung einer vorübergehenden gesundheitlichen Verschlechterung (psychische Behandlungen) gedient. Auch die seitens der IV durchgeführten Eingliederungsbemühungen sind erfolglos geblieben. Demnach ist für den Rentenbeginn und somit für den Einkommensvergleich auf das Jahr 2012 abzustellen.

5.3 Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist in der Regel auf den zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung angepassten Verdienst abzustellen (BGE 135 V 59 E. 3.1). Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 7 S. 2) ermittelt und ist dabei auf einen jährlichen Verdienst von Fr. 79'320.-- gekommen, wobei sie diesen in einem nächsten Schritt noch der Teuerung angepasst hat (vgl. IV-act. 144). Der Beschwerdeführer wendet zu Recht ein, dass von einem höheren Validenlohn auszugehen sei (vgl. act. G 1 S. 14 f.). Denn aus den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers und den seitens des Beschwerdeführers eingereichten Lohnausweisen aus dem Jahr 2011 geht hervor, dass er neben seinem monatlichen Lohn im Jahr 2011 noch Provisionen, Pikettendienstzuschläge und Sondervergütungen im Umfang von Fr. 2'316.-- erhalten hat (vgl. act. G 1.1.4 und IV-



act. 7). Anzunehmen ist, dass der Beschwerdeführer solche Sondervergütungen auch in Zukunft erhalten hätte, hat die ehemalige Arbeitgeberin doch die Ausrichtung solcher Zulagen in einem Merkblatt genau festgelegt (vgl. IV-act. 7 S. 8), was auf die Regelmässigkeit solcher Sondervergütungen schliessen lässt. Auch ist davon auszugehen, dass immer Mitarbeitende gebraucht werden, welche Pikettdienste leisten, und der Beschwerdeführer hätte auch das Potential gehabt, weitere Provisionen zu erzielen. Ausgehend von der Annahme, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2011 mindestens fünf Monate krankheitsbedingt abwesend gewesen ist (vgl. act. G 1 S. 3 und 15; G 1.1.3 und IV-act. 7 S. 17 ff.), ergeben sich hochgerechnet auf ein durchschnittliches Arbeitsjahr mit voller Anwesenheit Provisionen, Pikettdienst- und Sondervergütungszuschläge von Fr. 3'970.30 (Fr. 2'316 / 7 x 12). Bei der Bestimmung des Validenlohns sind diese Sondervergütungszahlungen zum Grundlohn des Beschwerdeführers hinzuzurechnen. Anders verhält es sich mit den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Überstunden (vgl. act. G 1 S. 15). Zum einen ist nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass der Beschwerdeführer auch in Zukunft hätte Überstunden leisten können, sind diese doch vom Arbeitsanfall abhängig. Zum anderen sind Überstunden nur beschränkt zumutbar. Die für das Jahr 2011 erhaltenen Entschädigungen für geleistete Überstunden können somit nicht zum Valideneinkommen hinzugerechnet werden. Ausgehend vom im Jahr 2011 gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin erzielten Grundlohn von Fr. 79'320.-- (vgl. IV-act. 7 S. 2) und unter Berücksichtigung der Sondervergütungen, Provisionszulagen und Pikettdienstzulagen in der Höhe von Fr. 3'970.30 (vgl. act. G 1.1.4) ergibt sich ein Validenlohn von Fr. 83'290.30. Unter Anpassung an die Teuerung bis zum Jahr 2012 (0.8 %; vgl. Tabelle T 39 der schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE] des Bundesamtes für Statistik) resultiert ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 83'956.60.

5.4 Zur Ermittlung des Invalideneinkommens kann auf die Tabelle TA 1 der LSE 2012 abgestellt werden. Mangels erfolgreicher Umschulung ist von einem Gehalt im Kompetenzniveau 1 auszugehen. Für die im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer ergibt sich unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden ein Jahreslohn von Fr. 65'177.-- (vgl. Anhang 2 der IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Dieser Lohn ist



entsprechend der 15%igen Arbeitsunfähigkeit zu kürzen, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 55'400.45 resultiert.

5.5 Schliesslich rechtfertigt sich im vorliegenden Fall ein Tabellenlohnabzug. Zum einen hat die Beschwerdegegnerin einen solchen in ihrer Verfügung vom 2. November 2016 mit einer guten Begründung selber gewährt (vgl. act. G 1.1.2). Warum sie in ihrer Beschwerdeantwort einen solchen Tabellenlohnabzug plötzlich nicht mehr als angezeigt erachtet (vgl. act. G 4 S. 4 f.), ist nicht nachvollziehbar. Überdies handelt es sich bei der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 85 % um einen Mittelwert, der dem Umstand keine Rechnung trägt, dass der Beschwerdeführer seine verbliebene Leistungsfähigkeit nur schwankend und damit schwer planbar wird erbringen können. Für einen potentiellen, betriebswirtschaftlich-ökonomisch denkenden Arbeitgeber stellen die Leistungsschwankungen und damit die schlechte Planbarkeit hinsichtlich des täglichen Arbeitsergebnisses des Beschwerdeführers erhebliche betriebswirtschaftliche Nachteile dar, die er lohnmindernd berücksichtigen muss. Zudem muss er das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen einkalkulieren. Dies rechtfertigt zusammenfassend den von der Beschwerdegegnerin ursprünglich zugestandenen Tabellenlohnabzug von 10 %, wodurch sich ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 49'860.40 ergibt.

5.6 Stellt man die beiden Vergleichseinkommen einander gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 34'096.20 und ein Invaliditätsgrad von gerundet 41 % ( $34'096.20 \times 100 / \text{Fr. } 83'956.60$  --). Folglich besteht ein Anspruch auf eine Viertelrente (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Die Rente ist rückwirkend ab dem 1. August 2012 zuzusprechen (vgl. E. 5.2; vgl. ferner Art. 29 Abs. 3 IVG).

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 2. November 2016 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer ab dem 1. August 2012 eine Viertelrente auszurichten.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr.



## St.Galler Gerichte

1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist zurückzuerstatten.

6.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei einen Anspruch auf den 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 (Art. 61 lit. g ATSG). Die vom ehemaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Kostennote vom 26. April 2017 beantragte Parteientschädigung von Fr. 6'438.75 erscheint im Vergleich mit anderen ähnlich aufwendigen Fällen als deutlich übersetzt (vgl. act. G 9.1). Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 2. November 2016 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird rückwirkend ab dem 1. August 2012 eine Viertel-Invalidenrente zugesprochen; zur Festsetzung des Rentenbetrages wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

3.



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