



Fall-Nr.: IV 2017/36
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.05.2020
Entscheiddatum: 11.04.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 11.04.2019

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 16 ATSG; Art. 28 IVG: Gemäss Gutachten besteht somatisch eine Arbeitsunfähigkeit von 20% bis 30% und psychiatrisch aufgrund einer Depression von 30%. Interdisziplinär attestieren die Gutachter eine 40%-ige Arbeitsunfähigkeit wegen verlangsamter Bewegungsabläufe und erhöhtem Pausenbedarf. Aus Gründen der Rechtsgleichheit ist das neue Gesuch bei glaubhaft gemachter Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Massgabe des nunmehr auch für Depressionen anwendbaren strukturierten Beweisverfahrens zu beurteilen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. April 2019, IV 2017/36).

Entscheid vom 11. April 2019

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz),

Marie Löhner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichts-schreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/36

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Näscher,

Alte Landstrasse 106, Postfach 101, 9445 Rebstein,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde am 9. Mai 2014 durch Dr.med. B.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, erneut bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet. Der Hausarzt führte aus, die Behandlung im Psychatriezentrum C.____ zeige keine Wirkung. Dem Versicherten gehe es psychisch sehr schlecht, er sei gereizt, ruhelos, klage nicht nur über eine rechtsseitige, sondern eine nun beidseitige Ischialgie mit verkürzter Gehstrecke. Die von einem neuen Rheumatologen empfohlene physikalische Therapie halte er nach langjähriger Erfahrung und als behandelnder Arzt des Versicherten für sinnlos. Er ersuche um nochmalige Aufnahme des Falles und um Bestätigung einer Erwerbsunfähigkeit von 100% als Bauarbeiter (IV-act. 162).

A.b Vorgängige Gesuche waren mit Verfügung vom 21. Mai 1996 (IV-act. 19 f.) und vom 15. April 1998 (IV-act. 36) abgewiesen worden. Nach einer Wiederanmeldung am 8. März 2002 (IV-act. 39) war beim Versicherten am 5. September 2002 eine Dekompression LWK 4/5 rechts und Zwischenwirbelausräumung in mikrochirurgischer Technik vorgenommen worden (Austrittsbericht Klinik für Neurochirurgie, Kantonsspital St. Gallen [KSSG] vom 19. September 2002, IV-act. 77-16 f.). Mit Verfügung vom 24. September 2002 war die IV-Stelle auf das Gesuch vom 8. März 2002 nicht eingetreten



(IV-act. 55). Nach einer Re-Fenestration L 3/4 links, Nukleotomie am 18. Dezember 2002 (vorläufiger Austrittsbericht Klinik für Neurochirurgie [KSSG] vom 24. Dezember 2002, IV-act. 77-7 f.) hatte sich der Versicherte am 6. Mai 2003 wiederum zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 62). Die IV-Stelle hatte am 26. August 2003 Nichteintreten verfügt (IV-act. 74) und am 26. September 2003 eine dagegen gerichtete Einsprache abgewiesen (IV-act. 82). Auch auf ein neues Gesuch vom 31. März 2004 war die IV-Stelle nicht eingetreten (Verfügung vom 15. Juni 2004, IV-act. 87). Am 23. November 2006 hatte der Versicherte einen akuten Vorderwand-Myokardinfarkt mit Akut-PCI und Stenteinlage bei subtotaler, sehr langstreckiger Stenose im mittleren RIVA erlitten (Austrittsbericht Kardiologie KSSG vom 24. November 2006, IV-act. 99-4 f.; Austrittsbericht Spital D.____, 1. Dezember 2006, IV-act. 99-8 f.; Austrittsbericht Klinik E.____ vom 5. Januar 2007, IV-act. 99-12 ff.). Auf eine weitere Anmeldung vom 8./20. Februar 2007 (IV-act. 94 ff.) war die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. Januar 2008 wieder nicht eingetreten (IV-act. 108). Nach erneuter Anmeldung am 27. Mai/8. Juni 2011 (IV-act. 109, 113) war der Versicherte durch die MEDAS Ostschweiz begutachtet worden (Gutachten vom 29. März 2012, IV-act. 129; Dr.med. F.____, Innere Medizin/ Rheumatologie FMH; med.pract. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen 16. und 18. Januar 2012). Die Gutachter hatten folgende Diagnosen gestellt: (1.) eine leichte bis mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01/11), im Verlauf schwankend (IV-act. 129-12), (2.) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom und radikuläres Restsyndrom L5 rechts (abgeschwächter Patellarsehnenreflex) mit/bei Status nach interlaminärer Fensterung L3/4 rechts Dezember 2001, interlaminärer Fensterung L4/5 rechts September 2002 und Revision L3/4 rechts Dezember 2002 sowie (3.) ein Status nach Vorderwandinfarkt und Akut-PTCA/Stenting des RIVA November 2006 ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 129-14). Aus psychiatrischer Sicht hatten sie die Arbeitsunfähigkeit auf 30% und aus somatischer Sicht die Arbeitsfähigkeit als um 20% bis 30% eingeschränkt geschätzt. Nach Eingang weiterer medizinischer Berichte hatte die IV-Stelle das Gesuch mit Verfügung vom 8. Januar 2014 bei einem Invaliditätsgrad von 0% wiederum abgewiesen (IV-act. 157).

A.c Anlässlich einer rheumatologischen Abklärung (offenbar bei Dr.med. H.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vgl. IV-act. 169-12) war am 16. April 2014 festgehalten worden, ein neues MRI (vgl. Bericht Radiologie Diagnosezentrum I.____



St.Galler Gerichte

vom 10. April 2014, IV-act. 204-18 f.) zeige Diskopathien und Neurokompressionen auf praktisch allen Segmenten, wobei die Symptomatik vor allem auf die Neurokompression L5/S1 beidseits zurückzuführen sein dürfte (IV-act. 163).

A.d Dr.med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte gemäss Bericht vom 25. August 2014 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2). Er hielt fest, zuerst sei die somatische Schmerzursache abzuklären. Aktuell sei der Versicherte bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 165).

A.e Vom 10. September bis 7. Oktober 2014 wurde der Versicherte in der Klinik Valens therapiert. Als Diagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, zuletzt leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1), eine anhaltende Schmerzstörung (bzw. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; ICD-10: F45.4), ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom und radikuläres Restsyndrom L5 rechts sowie eine koronare Herzkrankheit festgehalten (Austrittsbericht vom 16. Oktober 2014, IV-act. 169-6). Zur Arbeitsfähigkeit führte der Austrittsbericht Psychosomatik vom 15. Oktober 2014 aus, so wie sich der Versicherte beim Abschlussgespräch präsentiert habe, bestünde für eine rheumatologisch-orthopädisch adaptierte Tätigkeit aus fachpsychiatrischer Sicht kaum mehr als eine 30%-ige Einschränkung. Aufgrund des langjährigen Verlaufes sowie der Beurteilung von Dr. J.____ sei davon auszugehen, dass im Längsverlauf eine deutlich höhere Einschränkung vorliege. Interdisziplinär sei wahrscheinlich von einer ca. 50%-igen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit für leichte Beschäftigungen auszugehen (IV-act. 169-15). Im Arztbericht vom 24. Oktober 2014 führten die Fachpersonen der Klinik aus, eine detaillierte Aussage zur somatischen adaptiert zumutbaren Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht möglich, da diese im Rahmen des spezifisch schmerzorientierten Programms nicht eruiert worden sei (IV-act. 169-1 ff.).

A.f In einer Verlaufsbeurteilung vom 9. Februar 2015 (IV-act. 178) kamen die Experten der MEDAS Ostschweiz zum Schluss, es bestehe keine wesentliche Veränderung im Vergleich zum Gutachten vom 19. März 2012. Es beständen weiterhin IV-fremde Faktoren, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (IV-act. 178-23, 26). Im Rahmen der Beurteilung wurde als Zufallsbefund eine monoklonale Gammopathie



St.Galler Gerichte

Typ Ig G-Kappa erhoben. Diese bedürfe dringend der hämatologisch-onkologischen Abklärung hinsichtlich eines multiplen Myeloms. Aktuell bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 178-26 f.). Die weitere Abklärung ergab die Diagnose einer monoklonalen Gammopathie von unklarer Signifikanz (MGUS), die nicht als Ausdruck eines multiplen Myeloms zu interpretieren sei und sich in einem kleinen Prozentsatz der Fälle in ein multiples Myelom transformieren könne. Für die seit Jahren beklagten Beschwerden könne sie nicht verantwortlich sein (Bericht K.____ vom 28. Mai 2015, IV-act. 187; Stellungnahme RAD-Arzt Dr.med. L.____, Facharzt für Innere Medizin IV-act. 189).

A.g Dr. J.____ erwähnte im Arztbericht vom 13. August (richtig wohl: September) 2015 als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1). Die medikamentöse Therapie sei angepasst worden. Daneben fänden 14-30 tägl. bzw. alle drei bis vier Wochen Sprechstunden statt. Psychotherapeutisch werde stützend und verhaltenstherapeutisch gearbeitet. Supportive und psychoedukative Gespräche sollten verhindern, dass sich der Zustand weiter verschlechtere. Der Versicherte arbeite als Tagesstruktur zwei halbe Tage im Tageszentrum C.____, fühle sich aber auch im geschützten Rahmen überfordert. Konzentrations- sowie Planungsfähigkeit seien stark eingeschränkt. Die Belastbarkeit sei deutlich reduziert. Der Beschwerdeführer arbeite langsam, die Bewegungsfähigkeit sei eingeschränkt. Bereits einfache Aufgaben und bevorstehende Herausforderungen verstärkten Schlafstörungen und Gedankenkreisen sowie negative Selbstüberzeugungen. Wegen kognitiver Einbussen und fehlender körperlicher Belastbarkeit sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 193-3 ff.).

A.h Prof. Dr. M.____, MEDAS Ostschweiz, und der rheumatologische Gutachter Dr. F.____ nahmen zum vorgelegten Bericht der K.____ (IV-act. 194) am 19. Oktober 2015 Stellung, psychiatrisch und somatisch sei die Beurteilung gegenüber dem Gutachten vom März 2012 nicht wesentlich verändert. Unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Faktoren sei damals eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40% geschätzt worden für adaptierte Tätigkeiten (IV-act. 195-3). RAD-Arzt Dr. L.____ äusserte sich am 7. Januar 2016, es könne an der im Gutachten vom 19. März 2012 definierten Arbeitsfähigkeit festgehalten werden (IV-act. 196).



A.i Der Rechtsdienst der IV-Stelle liess sich am 19. August 2016 vernehmen, die festgestellten tiefen Medikamentenspiegel deuteten nicht das erste Mal auf Probleme mit der Compliance hin. Im Falle einer guten Compliance wäre nach Auffassung des Experten eine Verbesserung der depressiven Symptomatik zu erwarten. Ausserdem habe er die Fortführung der Psychotherapie als sinnvoll erachtet. Unter diesen Umständen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer relevanten Therapieresistenz gesprochen werden. Invalidenversicherungsrechtlich sei psychiatrischerseits von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 198).

A.j Mit Vorbescheid vom 24. August 2016 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur beabsichtigten Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 201). Mit am 29. September 2016 erhobenem Einwand brachte er zusammenfassend vor, das MEDAS-Gutachten vom 19. Februar 2015 sei widersprüchlich, nicht schlüssig nachvollziehbar und begründet. Deshalb könne zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht darauf abgestellt werden. Es sei ein neues, neutrales rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten einzuholen (IV-act. 204-1 ff.).

A.k RAD-Arzt Dr. L.____ empfahl am 10. November 2016 eine nochmalige Besprechung des Falles mit der Sachbearbeitung und dem Rechtsdienst (IV-act. 208). Diese ergab, dass am bisherigen Entscheid bzw. den bisherigen Ausführungen festgehalten werden könne (Strategieprotokoll vom 1. Dezember 2016, IV-act. 209).

A.l Mit Verfügung vom 14. Dezember 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. In einer adaptierten Tätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 75% ausgewiesen, was der somatischen Einschränkung entspreche. Es könne ein Leidensabzug von 10% gewährt werden. Aus dem Einkommensvergleich resultiere dennoch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 33% (IV-act. 210).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 14. Dezember 2016 lässt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. HSG S. Näscher, am 27. Januar 2017 Beschwerde erheben (act. G 1). Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es sei ihm ab dem 13. Mai 2014 mindestens eine



halbe Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei mindestens ein neutrales rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten einzuholen. Das rheumatologische Gutachten sei nicht umfassend und nicht schlüssig (vgl. dazu act. G 1 S. 6 ff.). Das psychiatrische Teilgutachten beruhe auf einer unvollständigen Anamnese, da der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. J.____ (vom 13. August 2015) nicht berücksichtigt worden sei (act. G 1 S. 11 ff.). Ob von einer Therapieresistenz der diagnostizierten Depression auszugehen sei, lasse sich erst aufgrund der vorzunehmenden Blutspiegelprüfungen beurteilen (act. G 1 S. 10 f.). Das psychiatrische Teilgutachten sei nicht umfassend, widersprüchlich und unbegründet (act. G 1 S. 13).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 3. April 2017 die Abweisung der Beschwerde. Aus dem MEDAS-Verlaufsgutachten gehe nachvollziehbar hervor, dass sich das somatisch-rheumatologische Zustandsbild seit der im Januar 2012 durchgeführten Erstbegutachtung nicht relevant geändert habe, so dass aus somatisch-rheumatologischer Sicht unverändert von einer 20-30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit auszugehen sei. In psychiatrischer Hinsicht ergäben sich aus dem Bericht der behandelnden Ärzte vom 13. August 2015 keine objektiv fassbaren Gesichtspunkte, die Zweifel am psychiatrisch-gutachterlichen Abklärungsergebnis begründeten. Vielmehr sei offenkundig, dass die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit unter Zugrundelegung des bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriffs erfolgt sei. Dieser sei nicht massgebend. Mangels einer ausgewiesenen Therapieresistenz der leicht bis mittelschweren depressiven Störung liege kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor. Hinzu komme, dass in beiden MEDAS-Gutachten betont werde, dass mehrere invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren das Beschwerdebild prägten. Diese liessen sich aufgrund der gutachterlichen Feststellungen nicht klar vom medizinischen Leiden selbst trennen, was ebenfalls gegen die invalidisierende Wirkung der depressiven Störung spreche. Mangels eines invalidisierenden psychischen Leidens sei einzig die seit dem Erstgutachten unverändert gebliebene somatisch-rheumatologisch bedingte 20 - 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit relevant. Es seien keine Umstände gegeben, welche nach der Rechtsprechung einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen könnten. Die Vergleichseinkommen seien im Umfang von 20,5% zu parallelisieren. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 22% (act. G 4).



B.c Mit Replik vom 15. Juni 2017 macht der Beschwerdeführer geltend, die vom psychiatrischen Gutachter und vom behandelnden Dr. J.____ festgestellten Befunde seien sehr verschieden. Sie zeigten, dass spätestens im August 2015 eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten sei, welche der psychiatrische Gutachter nicht berücksichtigt habe. Als Raucher sei bei ihm der Duloxetinspiegel signifikant tiefer als bei Nichtrauchern. Zudem hätte die Beschwerdegegnerin erst abklären müssen, ob ein genetischer Polymorphismus vorliege, bevor sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Non-Compliance hätte ausgehen dürfen (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

1.2 Eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse kann entweder in einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung liegen. Demgegenüber stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine relevante Änderung dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. August 2018, 8C_177/2018, E. 3.4). Ebenfalls für sich alleine keinen Revisions- oder Neuanmeldungsgrund bildet die Änderung der Rechtsprechung zu syndromalen Leiden



(BGE 141 V 588, E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts vom 14. Mai 2018, 8C_587/2017, E. 5.3).

1.3 Ist eine anspruchserhebliche Änderung des (medizinischen) Sachverhalts glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend materiell zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. August 2018, 8C_177/2018, E. 3.3).

1.4 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 (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der



Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

Anfechtungsgegenstand bildet vorliegend die Abweisung des Leistungsbegehrens, nachdem die Beschwerdegegnerin auf die Wiederanmeldung vom 9. Mai 2014 eingetreten ist. Massgeblich sind der Sachverhalt, wie er sich im Zeitpunkt dieser Verfügung, am 14. Dezember 2016, präsentierte, und das zu diesem Zeitpunkt in Kraft stehende Recht (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1). Hingegen ist eine neue Rechtsprechung grundsätzlich sofort und auch auf alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle anzuwenden (BGE 142 V 558 f., E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2014, 9C_769/2013, E. 2). Demnach ist die mit BGE 143 V 409 bzw. BGE 143 V 418 vom 30. November 2017 geänderte Rechtsprechung zur Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens für depressive und andere psychische Erkrankungen vorliegend anwendbar, auch wenn die angefochtene Verfügung vorher erging. Neu vermag die Therapierbarkeit eines psychischen Leidens allein keine abschliessende Aussage mehr hinsichtlich des Gesamtmasses der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext zu liefern (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. September 2018, 8C_23/2013, E. 3).

3.

Zu prüfen ist zunächst die umstrittene Beweistauglichkeit des Verlaufsgutachtens der MEDAS Ostschweiz vom 9. Februar 2015.

3.1 Seit der Verlaufsbeurteilung (vom 9. Februar 2015) hat sich die Rechtsprechung zu syndromalen Leiden und zu leicht- bis und mit mittelgradigen depressiven Erkrankungen dahingehend geändert, dass die Vermutung von deren Überwindbarkeit bzw. Therapierbarkeit zugunsten eines strukturierten Beweisverfahrens anhand



standardisierter Indikatoren aufgegeben wurde (BGE 141 V 281; BGE 143 V 409, 418). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen ist entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 266 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die materiellbeweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 309 E. 8; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C_168/2015, E. 2.2.3).

3.2 In somatischer Hinsicht diagnostizierte der Gutachter sowohl im Erstgutachten vom 29. März 2012 als auch gemäss Verlaufsgutachten vom 9. Februar 2015 ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom und ein radikuläres Restsyndrom L5 rechts (IV-act. 129-14; IV-act. 178-26). Das Erstgutachten attestierte aus somatischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% bis 30% in adaptierten Tätigkeiten (IV-act. 129-15), und im Verlaufsgutachten äusserte der Gutachter, abgesehen von der hämatologischen Diagnose sei die rheumatologisch-internistische Situation seit 2012 gleich geblieben (IV-act. 178-27; vgl. auch Stellungnahme der Gutachter vom 19. Oktober 2015, IV-act. 195-3). Die Ärzte der Klinik Valens stellten ebenfalls die somatische Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms und eines radikulären Restsyndroms rechts (Austrittsbericht vom 16. Oktober 2014, IV-act. 169-6). Auf Ebene der Befunde ergab eine MRI-Untersuchung vom 10. April 2014 zusammengefasst Reizungen der L2- bis S1-Wurzeln (IV-act. 204-18 f.), und in einem rheumatologischen Konsiliarbericht vom 16. April 2016 wurde festgehalten, dass die Symptomatik vor allem auf die Neurokompression L5/S1 zurückzuführen sein dürfte (IV-act. 163). Dass die Gutachter das Vorhandensein einer Somatisierungsstörung verneinen, weil die Schmerzen körperlich erklärt werden könnten, spricht dafür, dass sie die Ergebnisse der MRI-Untersuchung und des rheumatologischen Konsiliums berücksichtigt haben. Eine frühere MRI-Untersuchung zum Vergleich findet sich in den Akten nicht. Der Röntgenbefund vom 16. Januar 2012 zeigte bereits relativ ausgeprägte Degenerationen der gesamten lumbalen Wirbelsäule mit verschmälerten Bandscheiben L3 bis S1 und massiven Spondylarthrosen der mittleren und vor allem



unteren Lendenwirbelsäule sowie eine Spondylosis der gesamten LWS. Die Funktionsaufnahmen ergaben eine generalisiert verminderte Beweglichkeit (IV-act. 129-8). Im Röntgenbefund vom 19. Januar 2015 wurden eine subtotale Höhenminderung der Bandscheibe LWK 3/4, LWK 4/5 und mittelgradig in den übrigen Segmenten der LWS und eine Retrospondylose in LWK 3/4, LWK 4/5 beschrieben. Von einer signifikanten Spinalstenose LWK 4/5 in Kombination mit einer Foraminalstenose sei auszugehen (IV-act. 178-18). Auch daraus lässt sich kein Anhaltspunkt für eine Verschlechterung der somatischen Befunde ableiten. In somatischer Hinsicht ergeben sich somit keine objektiven Gesichtspunkte, welche entgegen der ausdrücklichen Würdigung der Gutachter auf eine Verschlechterung des Zustands hindeuten. Eine für eine Verschlechterung sprechende frühere MRI- Untersuchung liegt nicht vor. Somatisch ist somit mit den Gutachtern von einer durch die objektivierten Befunde begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% bis 30% auszugehen.

3.3

3.3.1 Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte gemäss Gutachten vom 29. März 2012 eine leichte bis mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01/11), im Verlauf schwankend (IV-act. 129-12). Er attestierte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht von 30% (IV-act. 129-14). Der Experte beschrieb eine herabgesetzte Grundstimmung, eine leicht eingeschränkte Schwingungsfähigkeit, verminderte Lebenslust und Lebensfreude, Ein- und Durchschlafstörungen, einen leicht eingeschränkten Antrieb und eine eingeschränkte Belastbarkeit. Hinweise auf wesentliche Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen waren nicht vorhanden (IV-act. 129-10 f.). Ab dem 26. Juni 2012 war der Beschwerdeführer in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Dabei wurde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und festgehalten, es bestünde sowohl eine Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung als auch eine Konzentrations- sowie Merkfähigkeitsstörung. Aus psychiatrischer Sicht wurde damals eine 50%ige angepasste Tätigkeit als zumutbar erachtet (Arztbericht Psychiatriezentrum C.____ vom 19. September 2012, IV-act. 137). Im Arztbericht vom 20. Februar 2013 wurden wiederum Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, sozialer Rückzug sowie eine geringe Belastbarkeit und Stresstoleranz erhoben. Prognostisch sei von einer



anhaltenden Erkrankung und somit dauerhaften Arbeitsunfähigkeit auszugehen (IV-act. 140), wobei deren Ausmass nicht angegeben wurde. Der nachbehandelnde Dr. J.____ stufte im Arztbericht vom 25. August 2014 die depressive Episode als gegenwärtig schwer ein. Er hielt fest, seit Behandlungsbeginn am 27. Februar 2014 habe der Beschwerdeführer mit einer schweren depressiven Stimmungslage, begleitet von kognitiven Einbussen, vor allem Konzentrationsstörungen, Zukunftssorgen, Hoffnungslosigkeit, umfassenden negativen Überzeugungen, einer schwer bedrückten Verfassung, Affektstarre, Gefühl der Gefühllosigkeit, Vital- und Schlafstörungen imponiert (IV-act. 165). In der Klinik Valens wurde zusätzlich zur depressiven Erkrankung eine anhaltende Schmerzstörung bzw. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.54) diagnostiziert. Diese Diagnose wurde jedoch nicht hergeleitet (Austrittsbericht vom 16. Oktober 2014, IV-act. 169-6; Austrittsbericht Psychosomatik vom 15. Oktober 2014, IV-act. 169-14 f.). Die Arbeitsfähigkeit wurde bei Entlassung aus psychiatrischer Sicht übereinstimmend mit dem Erstgutachten als aktuell um 30% eingeschränkt geschätzt (IV-act. 169-15). Im Längsschnitt und interdisziplinär wurde sie nicht eruiert (Arztbericht Klinik Valens vom 24. Oktober 2014, IV-act. 169-1 ff.), jedoch seitens der Psychosomatik die Vermutung geäussert, interdisziplinär sei wahrscheinlich von einer ca. 50%igen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit für leichte Beschäftigungen auszugehen (IV-act. 169-15). Bei Eintritt in die Klinik Valens waren Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Konzentration deutlich beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer war im formalen Denken sehr auf die körperliche Problematik eingengt, mit Gedankenkreisen und einer möglicherweise auch an der Sprachbarriere liegenden leichten Verlangsamung im formalen Gedankengang. Im Affekt war er deutlich, wahrscheinlich mittel bis knapp schwergradig depressiv ausgelenkt. Bei Austritt bestanden keine Hinweise auf relevante mnestiche und/oder kognitive Einschränkungen mehr. Die Affektivität wirkte leicht zum depressiven Pol hin verschoben, psychomotorisch erschien der Versicherte leicht verlangsamt und war affektiv schwer erreichbar (IV-act. 169-13 f.). Im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 9. Februar 2015 wurde - wie im Vorgutachten - eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, festgehalten (ICD-10: F33.00/10). Interdisziplinär liege keine Somatisierungsstörung vor, da die Schmerzen körperlich erklärt werden könnten (IV-act. 178-23). Im Rahmen der psychiatrischen Verlaufsbeurteilung fanden sich keine Hinweise auf wesentliche



Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Der affektive Rapport war gut herstellbar, die Grundstimmung leicht nach unten geschoben, die Schwingungsfähigkeit nicht wesentlich ausgelenkt. Psychomotorisch fiel die Unruhe der Beine auf (IV-act. 178-20). Dr. J.____ bezeichnete die depressive Episode im Arztbericht vom 13. August (richtig wohl: September) 2015 nach Anpassung der Therapie übereinstimmend mit dem psychiatrischen Gutachten noch als mittelgradig (IV-act. 193). Im Befund beschrieb er eine bedrückte Grundstimmung, einen verflachten Affekt, Ratlosigkeit, eine psychomotorische Anspannung und einen reduzierten Antrieb. Das Konzentrationsvermögen sei mittelmässig bis schwer, das Auffassungsvermögen mittelmässig, Planungs- und Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit seien stark bzw. schwer eingeschränkt. Der Beschwerdeführer arbeite als Tagesstruktur zwei halbe Tage im Tageszentrum, fühle sich aber auch im geschützten Rahmen überfordert. Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. J.____ an, die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Er sei seit 2001 arbeitsunfähig. Es bestehe "dabei" eine verminderte Leistungsfähigkeit wegen kognitiven Einbussen und fehlender körperlicher Belastbarkeit. Die Frage, in welchem zeitlichen Umfang und mit welchem Belastungsprofil eine angepasste Tätigkeit möglich sei, beantwortete er mit "Entfällt" (IV-act. 193-6). Aufgrund dieser Angaben von Dr. J.____ erscheint fraglich, ob er dem Beschwerdeführer auch für eine Verweistätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestätigen wollte.

3.3.2 Die behandelnden Fachärzte stimmen jeweils in den zeitnahen Einschätzungen zur Begutachtung in der Einstufung der depressiven Episode als mittelgradig mit dem psychiatrischen Gutachter überein (Gutachten vom 29. März 2012, IV-act. 129-12, und Arztbericht Psychiatriezentrum N.____ vom 19. September 2012, IV-act. 137, einerseits und Verlaufsgutachten vom 9. Februar 2015, IV-act. 178, und Arztbericht Dr. J.____ vom 13. August [richtig wohl: September] 2015, IV-act. 193, andererseits). Unterschiede bestehen hauptsächlich hinsichtlich der vom Beschwerdeführer beklagten kognitiven Einschränkungen. Der psychiatrische Gutachter vermerkte sowohl im Erst- als auch im Verlaufsgutachten, dass er während des Untersuchungsgesprächs jeweils keine wesentlichen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen habe feststellen können. Auch habe der Beschwerdeführer anlässlich der Verlaufsbegutachtung keine Beispiele für Vergesslichkeiten benennen können (IV-act. 129-10; IV-act. 178-20). In der Klinik Valens wurde bei Eintritt noch eine "doch deutliche" Beeinträchtigung von



Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Konzentration konstatiert, während bei Austritt keine Hinweise auf mnestiche und/oder kognitive Einschränkungen mehr bestanden (Austrittsbericht Psychosomatik vom 15. Oktober 2014, IV-act. 169-13 f.). Auch bei gesamthafter Betrachtung ergibt sich aus den Akten psychiatrisch ein schwankender, aber auch von der Behandlung abhängiger Verlauf. Diesen hat der psychiatrische Gutachter sowohl im Erst- als auch im Verlaufsgutachten berücksichtigt. Die Einschätzungen der behandelnden Psychiater, wonach der Beschwerdeführer auch in angepassten Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig sei, sind nicht nachvollziehbar: Im Arztbericht vom 19. September 2012 wurde dem Beschwerdeführer für einfache, klar strukturierte Tätigkeiten ohne grossen Zeit- und Leistungsdruck an ruhigem Arbeitsplatz bei mittelgradiger Depression eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert (IV-act. 137). Damit erscheint kaum plausibel, dass ihm am 20. Februar 2013, also nur gerade fünf Monate später, bei angegebenem stationärem Gesundheitszustand dauerhaft gar keine Verweistätigkeit mehr zumutbar gewesen sein soll (vgl. IV-act. 140). Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten wäre zudem mit dem mittleren Schweregrad der Depression kaum begründbar. Wären die kognitiven Beeinträchtigungen so stark, dass auch eine Tätigkeit mit niedrigen Anforderungen dauerhaft überhaupt nicht zumutbar wäre, hätte sich eine vertiefte neuropsychologische Abklärung aufgedrängt. Diesbezüglich ist jedoch lediglich das Beck-Depressions-Inventar erwähnt (IV-act. 193-5). Dass sich der Beschwerdeführer durch seine Tätigkeit während zwei halben Tagen im Tageszentrum C.____, in geschütztem Rahmen, überfordert fühle (IV-act. 193-5), entspricht ausdrücklich seiner subjektiven Einschätzung. Zusammengefasst ergeben sich aus den Berichten der behandelnden Psychiater keine objektiven Gesichtspunkte, welche an der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters massgebliche Zweifel zu begründen vermögen. In psychiatrischer Hinsicht besteht somit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30%.

3.4 Im Verlaufsgutachten werden die IV-fremden, insbesondere psychosozialen Faktoren wie (fehlende) Sprachkenntnisse, soziokulturelle Eigenschaften, sekundärer Krankheitsgewinn und finanzielle Sorgen für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgegrenzt (IV-act. 178-23). Indem aus somatischer Sicht von einer Einschränkung von 20% bis 30%, aus psychiatrischer Sicht von ebenfalls 30% und insgesamt von 40% ausgegangen wird, wird die somatische Komorbidität zur Depression berücksichtigt.



Hinsichtlich funktioneller Einschränkungen und Ressourcen führt der psychiatrische Gutachter anhand der Mini-ICF-APP aus, Durchhaltefähigkeit, Spontanaktivität, die Anpassung an Regeln und Routinen, die Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, sowie die Entscheid- und Urteilsfähigkeit seien leicht eingeschränkt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Kontakt zu Dritten, die Pflege familiärer und intimer Beziehungen und die Selbstpflege seien nicht beeinträchtigt (IV-act. 178-23). Die Gutachter erhoben einen relativ aktivitätsarmen Tagesablauf (Schlafen, Spazieren, Fernsehen, aber auch Rad- und Autofahren, IV-act. 178-13, 19, 21) und würdigten die laborchemisch festgestellte nicht optimale Compliance bei der Medikamenteneinnahme (IV-act. 178-22). Abschliessend hielt der psychiatrische Gutachter fest, aus rein psychiatrischer Sicht sei die Willensanstrengung zur Überwindung der Folgen der mittelgradigen depressiven Störung nur zum Teil zumutbar (vgl. IV-act. 178-23). Damit genügt das Gutachten den Anforderungen des strukturierten Beweisverfahrens. Dies hat zur Folge, dass aus rechtlicher Sicht gemäss neuer Rechtsprechung zu depressiven Leiden grundsätzlich kein Raum verbleibt, um von der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung abzuweichen. Es ist auf das beweistaugliche Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 9. Februar 2015 abzustellen und somit beim Beschwerdeführer interdisziplinär von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

4.

4.1 Gemäss Gutachten (IV-act. 129-16) bestand in der angestammten Tätigkeit (spätestens) seit deren Aufgabe im Jahr 2001 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Im Zeitpunkt der Wiederanmeldung im Mai 2014 (IV-act. 162) war somit das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG längst abgelaufen und die gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG erforderliche mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben. Somit besteht ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. November 2014 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

4.2 Der Beschwerdeführer erzielte zuletzt im Jahr 2000 als Hilfsarbeiter ein Jahreseinkommen von Fr. 41'950.-- (Angaben Arbeitgeberin vom 3. April 2002, IV-act. 43-2; Auszug aus dem Individuellen Konto [IK], IV-act. 67). Gegenüber dem Durchschnittseinkommen Anforderungsniveau 4 gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) 2000 des Bundesamtes für Statistik (BFS) von Fr. 55'640.-- (Informationsstelle AHV/IV,



IV 2008, Lausanne 2008, Anhang 2) ist das damals erzielte Einkommen in beträchtlichem Masse unterdurchschnittlich. Es ist naheliegend, dass sich der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall langfristig nicht damit begnügt hätte und sich sein Einkommen bis zum Jahr 2014 hin zum durchschnittlichen Jahreslohn entwickelt hätte. In Anbetracht der langen Zeitdauer seit dieser Erwerbstätigkeit ist daher von einer Parallelisierung abzusehen und stattdessen ein Prozentvergleich vorzunehmen, wie dies auch die Beschwerdegegnerin in ihren Verfügungen vom 14. Dezember 2016 und 8. Januar 2014 getan hat (Urteil vom 4. Februar 2015, 9C_888/2014, E. 2).

4.3 Zur psychiatrisch begründeten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% in dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeiten (psychiatrisches Verlaufsgutachten, IV-act. 178-24) ist aus rein somatischer Sicht nach wie vor von einer 20%- bis 30%igen Arbeitsunfähigkeit in körperlich leichten, rückenadaptierten Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis ca. 10kg wechselbelastend auszugehen. Interdisziplinär besteht nach den Gutachtern eine dadurch leicht verstärkte Gesamt-Arbeitsunfähigkeit von 40%, begründet durch verlangsamte Bewegungsabläufe und vermehrten Pausenbedarf (Gutachten vom 29. März 2012, IV-act. 129-15 f.; Verlaufsgutachten vom 9. Februar 2015, IV-act. 178-27; Stellungnahme MEDAS Ostschweiz vom 19. Oktober 2015, IV-act. 195-3). Die fachübergreifende Arbeitsfähigkeitsschätzung bezieht sich somit auf eine zumutbare volle Präsenzzeit. Folglich besteht kein Grund für einen Teilarbeitsabzug vom Tabellenlohn. Dass der Beschwerdeführer sowohl somatisch als auch psychisch eingeschränkt ist, berücksichtigt die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, indem interdisziplinär nicht lediglich von der höheren psychiatrischen Einschränkung von 30% ausgegangen wird, sondern diese interdisziplinär höher auf 40% geschätzt wird. Die mehrfache Beeinträchtigung wird mithin bereits in der medizinischen Einschätzung gewürdigt und kann daher nicht nochmals in Form eines Tabellenlohnabzuges berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2015, 9C_846/2014, E. 4.1.1). Ein höherer als der mit Einwand vom 29. September 2016 (IV-act. 204) geltend gemachte Tabellenlohnabzug von (mindestens) 10% kommt daher nicht in Betracht. Ob er gewährt werden könnte, kann offen bleiben, denn selbst bei einem Tabellenlohnabzug von 10% würde ein Invaliditätsgrad von lediglich 46% resultieren ($1 - [90\% \times 60\%]$), womit bei einer adaptierten Arbeitsfähigkeit von 40% in Anwendung des Prozentvergleichs Anspruch auf eine Viertelsrente besteht.



5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2016 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2014 eine Viertelsrente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen von einem vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C_288/2015, E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat daher die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG 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. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von praxismässig Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2016 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2014 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen 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.