



Fall-Nr.: IV 2017/420
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 14.04.2020
Entscheiddatum: 19.12.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 19.12.2019

Art. 28 Abs. 1 IVG. Wiederanmeldung. Rentenanspruch. Würdigung medizinischer Berichte. Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens bejaht. Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bejaht. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Dezember 2019, IV 2017/420).

Entscheid vom 19. Dezember 2019

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber, Gerichtsschreiberin Karin Kobelt

Geschäftsnr.

IV 2017/420

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 22. Juni 2006 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Seine langjährige Arbeitsstelle als Einpacker in der Spritzerei-Abteilung bei der B.____ AG hatte er per 31. August 2005 verloren (IV-act. 6). Sein behandelnder Psychiater, Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete der IV-Stelle am 15. Juli 2006, der Versicherte sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zurzeit 70% bis 80% arbeitsunfähig, der Krankheitsverlauf habe sich bereits chronifiziert. Als Diagnose nannte er eine prolongierte Anpassungsstörung mit ausgeprägter depressiver Symptomatik nach Schleudertrauma am 13. März 2004 (ICD-10: F43.23; IV-act. 14). Dr. med. D.____, praktische Ärztin, berichtete der IV-Stelle am 16. August 2006 als Hausärztin des Versicherten von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. Juli 2005. Jener leide an einem rechtsbetonten cervicospondylogenen Syndrom nach HWS-Distorsionstrauma und degenerativen HWS-Veränderungen sowie an einer prolongierten Anpassungsstörung mit ausgeprägter depressiver Symptomatik nach Schleudertrauma am 13. März 2004 (ICD-10: F43.23; IV-act. 17). Am 30. April 2006 hatte der den Versicherten im Auftrag der zuständigen Krankentaggeldversicherung begutachtende Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer schwach ausgeprägten undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) gestellt und eine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint (IV-act. 30-58 ff.). Mit Urteil vom 17. Januar 2007 verneinte das hiesige Gericht einen Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der zuständigen Unfallversicherung ab dem 20. Juli 2005 (UV 2006/37), was vom Bundesgericht bestätigt wurde (Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2008, 8C_42/2007).

A.b. Im Auftrag der IV-Stelle (vgl. IV-act. 39) war der Versicherte am 17. und 18. Dezember 2007 durch Ärzte des ABI Basel polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch,



neurologisch) abgeklärt worden. Im Gutachten vom 31. Januar 2008 waren keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind dem Gutachten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.0), ein inkomplettes metabolisches Syndrom sowie ein hoher Verdacht auf Medikamenten-Malcompliance zu entnehmen. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrage angestammt und adaptiert 100%, lediglich körperlich schwer belastende Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar (IV-act. 48). Mit Verfügung vom 11. August 2008 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 62).

A.c. Am 12. April 2011 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 71). Der behandelnde Psychiater Dr. C.____ nannte am 4. Juni 2011 als Diagnose wiederum die prolongierte Anpassungsstörung mit ausgeprägter depressiver Symptomatik nach Schleudertrauma am 13. März 2004 (ICD-10: F43.23). Der Versicherte sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Gründen zumindest 70% arbeitsunfähig (IV-act. 82). Dr. D.____ berichtete der IV-Stelle am 22. Juni 2011 von einem chronischen cervicospondylogenen Syndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma seit 13. März 2004 sowie Schulterschmerzen rechts mit Impingementsyndrom seit 17. November 2010. Bezüglich der letztgenannten Diagnose verwies sie auf einen Sprechstundenbericht des Spitals F.____ vom 17. November 2010 sowie einen Bericht der Radiologie G.____ vom 23. November 2010 (IV-act. 84). Am 15. August 2011 erklärte sie auf Nachfrage der IV-Stelle, die 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei seit November 2010 ausschliesslich auf die Schulterproblematik zurückzuführen (IV-act. 88).

A.d. Am 12. September 2011 entschied die IV-Stelle, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 93). Sodann beauftragte sie die MEDAS Ostschweiz mit einem polydisziplinären (internistischen/rheumatologischen, psychiatrischen, neurologischen) Gutachten (vgl. IV-act. 97 f.), für dessen Erstellung der Versicherte im Februar 2012 untersucht wurde. Am 11. Juni 2012 berichteten die Gutachter, es werde keine Diagnose mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit liege eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig allenfalls leichter depressiver Episode (ICD-10: F45.4), ein cervikozephalales und -brachiales Schmerzsyndrom



beidseits mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden seit Heckauffahrunfall 2004, eine Periarthropathie der rechten Schulter sowie eine Adipositas vor. Es bestehe keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit. Körperlich schwerer belastende Tätigkeiten erschienen aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms als weniger geeignet (IV-act. 101). Gestützt hierauf verfügte die IV-Stelle am 27. September 2012, der Gesundheitszustand habe sich seit der Verfügung vom 11. August 2008 nicht wesentlich verändert. Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit und kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen (IV-act. 109).

A.e. Am 5. Januar 2016 stellte der Versicherte erneut einen Antrag auf Leistungen der Invalidenversicherung (IV-act. 111). Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, und seit anfangs 2015 Hausarzt des Versicherten, teilte der IV-Stelle mit Bericht vom 25. Januar 2016 mit, Letzterer sei in seiner Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht zu 100% eingeschränkt. Das cervicocephale und cervikobrachiale Syndrom habe eine langjährige Chronifizierung erreicht, welche nicht mehr verbesserbar sei (IV-act. 117). Dr. C.____ diagnostizierte am 30. Januar 2016 nach wie vor eine prolongierte Anpassungsstörung mit ausgeprägter depressiver Symptomatik nach Schleudertrauma am 13. März 2004 (ICD-10: F43.23). Neu stellte er die Diagnose von Panikattacken (ICD-10 F:41.0) sowie einer Adipositas magna. Der Versicherte sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumindest 70% arbeitsunfähig (IV-act. 119). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Ostschweiz kam am 17. März 2016 zum Schluss, dass es sich um denselben Gesundheitszustand zuzüglich nun angegebener Panikattacken handle. Panikattacken seien in der Regel nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen (IV-act. 121).

A.f. Mit Vorbescheid vom 21. März 2016 stellte die IV-Stelle in Aussicht, auf das jüngste Leistungsbegehren nicht einzutreten, da nicht glaubhaft dargelegt worden sei, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 27. September 2012 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hätten (IV-act. 123). Hierzu fand am 13. April 2016 eine mündliche Anhörung des Versicherten statt (vgl. IV-act. 124), anlässlich welcher er der IV-Stelle einen Physiotherapiebericht von I.____ vom 5. April 2016 überreichte. Diese nannte als Diagnosen ein cervicocephales und cervicobrachiales Syndrom rechts bei Spondylose/Osteochondrose der



Halswirbelsäule und leichter Omarthrose rechts sowie ein generalisiertes Schmerzsyndrom Rücken. Der Versicherte sei seit dem 24. Juni 2015 einmal pro Woche bei ihr in therapeutischer Behandlung. Der Tageszustand hänge jeweils von verschiedenen Faktoren (Wetter, psychische Verfassung, Erholungszustand, nächtliche Schlafzeit...) ab. Je nach Zustand bedürfe es einer genauen Anpassung der Dosierung, da sonst massive vegetative, psychische oder physische Reaktionen während oder nach der Behandlung auftreten würden. Das Beschwerdebild ändere sich nur geringfügig. Bei längeren Pausen verschlechtere sich der Allgemeinzustand massiv. Der Versicherte werde immer auf Physiotherapie angewiesen sein (IV-act. 125). Gestützt auf diese neuen Erkenntnisse wartete die IV-Stelle mit ihrem Entscheid zu. Am 16. Juni 2016 berichtete Dr. med. J.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, zusätzlich, aufgrund der Nacken-Schulterbeschwerden sei der Patient seines Erachtens auch für eine leichte Arbeit mindestens 50% arbeitsunfähig. Dies gestützt auf die eigenen Diagnosen chronifiziertes cervico-thoraco-vertebrales Syndrom mit cervico-thoraco-brachialer und cervico-cephaler Komponente bds., leichtes Lumbovertebralsyndrom sowie chronische Schulterschmerzen bds. (IV-act. 132).

A.g. In der Folge wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle (vgl. IV-act. 138) im Januar 2017 von Ärzten der MEDAS Zentralschweiz bidisziplinär (rheumatologisch, psychiatrisch) abgeklärt. Das Gutachten vom 7. Februar 2017 enthält als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom, eine Periarthropathia humeroscapularis tenopathica beidseits, eine Gonarthrose links, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine chronische, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00) sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01). Mit der objektivierbaren somatischen Pathologie würden sich folgende Einschränkungen begründen lassen: Keine Arbeiten in monotonen, ergonomisch ungünstigen Körperstellungen für Nacken und Rücken, keine Arbeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg, keine ausschliesslich stehenden Arbeiten, der Anteil Stehen und Gehen sollte etwa die Hälfte nicht übersteigen, keine Arbeiten im Kauern und auf Leitern und Gerüsten. Die pathologischen Befunde am Bewegungsapparat würden eine qualitative Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils begründen, nicht jedoch eine



zeitliche Einschränkung. Auch die neuen Leiden würden das Zumutbarkeitsprofil in qualitativer, nicht aber in quantitativer Hinsicht beeinträchtigen. Aus psychiatrischer Sicht würden die festgestellten Erkrankungen einen Schweregrad erreichen, der mit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft verbunden sei. Es bestehe eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit von geschätzt 70% für die angestammte und von 80% für eine optimal leidensangepasste Tätigkeit ohne Führungsfunktion, die keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle oder besondere Fähigkeiten verlange. Der Versicherte verfüge nicht über genügend Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren (IV-act. 145). Der RAD hielt am 23. März 2017 fest, das Gutachten vom 7. Februar 2017 beschreibe ausführlich und adäquat einen seit dem Referenzgutachten der MEDAS-Ostschweiz vom 11. Juni 2012 veränderten Gesundheitszustand, was somatisch zu nur qualitativen, psychiatrisch auch zu quantitativen Einschränkungen führe (IV-act. 146).

A.h. Mit Vorbescheid vom 29. März 2017 wurde jener vom 21. März 2016 ersetzt und gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 25% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt (IV-act. 149). Dagegen erhob der Versicherte am 19. Mai 2017 Einwand und beantragte die Ausrichtung einer ganzen Rente. Dies gestützt auf einen Bericht der Radiologie K.____ vom 4. April 2017, wo gleichentags eine vertebrospinale Kernspintomographie der Segmente C0-Th4 sowie des linken Knies vorgenommen worden war, sowie einen Bericht von Dr. C.____ vom 21. April 2017, worin dieser festgehalten hatte, der Versicherte sei seit Jahren schwer depressiv, habe Panikattacken und starke Ängste und sei zumindest 80% arbeitsunfähig. Auch reichte der Versicherte einen aktuellen Bericht der Physiotherapeutin I.____ vom 20. April 2017 zu den Akten, welcher dieselben Diagnosen und denselben Therapieverlauf beschrieb wie derjenige vom 5. April 2016 (IV-act. 157). Am 12. September 2017 beantwortete der zuständige Rheumatologe der MEDAS Zentralschweiz eine Anfrage der IV-Stelle dahingehend, dass die magnetresonanztomographischen Befunde vom 4. April 2017 keine Verschlechterung gegenüber dem Begutachtungszeitpunkt belegen würden (IV-act. 161). Am 14. September 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass am bisherigen Entscheid festgehalten werde (IV-act. 162). Am 30. September 2017 antwortete der Versicherte, dass die Berichte von Dr. H.____, Dr. C.____ und Dr. med. L.____, Chefarzt Rehabilitation Spital M.____, den Berichten der RAD-Ärzte diametral



entgegengesetzt seien und dass von einer mindestens 60%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Er verwies auf eine sozialmedizinische Stellungnahme durch Dr. L. ___ vom 20. September 2017, gemäss welcher er einen posttraumatischen Verharrungsstatus zeige, der sich bislang trotz mannigfaltiger somatischer, psychosomatischer und psychosozialer Behandlungsmassnahmen als therapieresistent erwiesen habe. Aus orthopädisch-traumatologischer, rheumatologischer, physikalisch-medizinischer und rehabilitativer Sicht sei retrospektiv (ab Unfall) gegenwärtig und prospektiv unter Berücksichtigung der psychosomatischen und psychosozialen sowie schmerzmedizinischen Aspekte lediglich eine Arbeitsfähigkeit für sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit weitreichenden Einschränkungen bezüglich der somatischen Anforderungen an das muskuloskeletale System und aufgrund der erheblich verminderten psychischen Leistungsfähigkeit nur zu 40% gegeben. Als Diagnosen erwähnt wurden eine verminderte psychophysische Belastbarkeit bei anhaltender posttraumatischer Belastungsstörung Typ I, eine Funktionsminderung der Hals- und Brustwirbelsäule und des Schultergürtels, eine Funktionsminderung der Lendenwirbelsäule und des Lendengürtels, eine Belastbarkeitsminderung der unteren Extremitäten mit Wegstreckenlimitierung und Mobilitätseinschränkungen bei symptomatischer Gonarthrose beidseits, eine Funktionsminderung der Hände beidseits sowie eine allgemeine Funktionsminderung bei metabolischem Syndrom mit teilkompensierter arterieller Hypertonie, Adipositas (IV-act. 163). Der RAD befand am 13. Oktober 2017, die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht gestellt werden. Denn beim Unfall habe es sich nicht um ein Ereignis gehandelt, welches geeignet sei, lebensbedrohlich zu wirken. Die im Bericht der Klinik M. ___ zum Teil erwähnten weiteren und anderen Beschwerden des Achsenskeletts seien nicht durch Befunde belegt (IV-act. 164).

A.i. Am 16. Oktober 2017 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 165).

B.

B.a. Gegen die Verfügung vom 16. Oktober 2017 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 13. November 2017. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) beantragte darin sinngemäss die Ausrichtung von



St.Galler Gerichte

Rentenleistungen, indem er geltend machte, es sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Er erklärte, die Einschätzung der Ärzte der MEDAS, dass er zu 80% arbeitsfähig sei, sei nicht nachvollziehbar. Fünf andere Ärzte würden ihn zu maximal 50% arbeitsfähig beurteilen. Auch hätten die begutachtenden Rheumatologen im Gespräch gesagt, er sei arbeitsunfähig, dies dann jedoch in den Rapporten anders festgehalten. Sodann sei nicht nachvollziehbar, wie ein 58-jähriger Mann mit den von den Ärzten beschriebenen Einschränkungen ohne Ausbildung und mit ungenügenden Deutschkenntnissen als Neueinsteiger eine Arbeitsstelle finden solle. Der Beschwerde legte er unter anderem seine vergeblichen Stellensuchbemühungen bei (act. G1 sowie separate Beilagen zu G1).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 19. Januar 2018 stellte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) den Antrag, die Beschwerde abzuweisen. Sie machte geltend, dass entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auf das bidisziplinäre Gutachten vom 7. Februar 2017 abzustellen und folglich von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Die Verwertbarkeit der verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 80% sei gegeben (act. G4).

B.c. In seiner Replik vom 5. Februar 2018 wiederholte der Beschwerdeführer, dass viele Zweifel am bidisziplinären Gutachten bestehen würden. Dies zeige auch der Umstand, dass er seine Arbeit im Jahre 2005 wegen seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit aufgrund der Nachwirkungen des Unfalls vom Jahr 2004 verloren habe (act. G6).

B.d. Am 13. Februar 2018 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik (act. G8).

Erwägungen

1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 16. Oktober 2017 das Rentengesuch des Beschwerdeführers vom 5. Januar 2016 abgewiesen (IV-act. 213). Zu prüfen ist, ob der Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint worden ist.



2.

2.1. Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteile des Bundesgerichts vom 17. April 2018, 9C_589/2017, E. 4, mit weiteren Verweisen, vom 6. Juni 2018, 8C_868/2017, E. 3.1 und vom 3. August 2018, 8C_177/2018, E. 3.3).

2.2. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% 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).

2.3. 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.

Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das neue Gesuch des Beschwerdeführers vom 5. Januar 2016 eingetreten. Es ist folglich umfassend zu prüfen, ob seit der rechtskräftigen Ablehnungsverfügung vom 27. September 2012 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist (IV-act. 109). Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der interdisziplinären medizinischen Gutachterstelle MEDAS Zentralschweiz (Dr. med. N.____, Rheumatologie FMH, sowie Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH; IV-act. 145). Der Beschwerdeführer erachtet die Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit durch diese beiden Ärzte als nicht nachvollziehbar, da sie jener von fünf anderen Ärzten widerspreche (act. G1).

3.1. Bei der Würdigung der Einschätzungen der erwähnten fünf Ärzte ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Funktion als Hausärzte, sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen). Sie stehen in auftragsrechtlichem Verhältnis zur versicherten Person. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (BGE 135 V 470, E. 4.5). Ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten kann nicht stets in Frage gestellt werden, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung



unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen). Allein die in masslicher Hinsicht abweichende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit vermag ein Administrativgutachten nicht in Zweifel zu ziehen (Urteile des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008, E. 4.3 mit Hinweisen, publ. in: SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, und vom 23. Juni 2015, 9C_853/2014, E. 3.1.2). Nach dem Gesagten ist nachfolgend insbesondere zu prüfen, ob die Gutachter aus den Berichten der behandelnden Ärzte ersichtliche objektiv feststellbare Gesichtspunkte nicht ausreichend berücksichtigt haben.

3.2.

3.2.1. Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung wurden am 9. Januar 2017 in der Klinik P.____ am Institut für Radiologie und Nuklearmedizin folgende Röntgenbilder erstellt und Befunde erhoben: "Schulter beidseits: Geringe Omarthrose bds., gering linksbetont. ACG bds. unauffällig. HWS: Im Stehen Streckhaltung bis angedeutet Kyphosierung der HWS. Keine Wirbelkörperhöhenminderung. Geringer Ventralversatz HWK 3 vs. 4 um 2 mm, i.e.L. degenerativ. Ansonsten Wirbelkörperalignment erhalten. Multisegmentale geringe Osteochondrosen, etwas betont HWK 5/6. Geringe Facettengelenksarthrosen. Vordere Längsbandverkalkungen in allen Segmenten. LWS: Im Stehen diskret linkskonvexe Torsion der LWS. Keine Wirbelkörperhöhenminderung. Wirbelkörperalignment erhalten. Mässige intervertebrale Osteochondrosen LWK 3/4, 4/5, sowie geringer auch LWK 5/SWK 1. Facettengelenksarthrosen, kaudal betont. Baastrup-Phänomen. Gefässsklerose. Knie links: Degenerative Veränderungen in allen drei Kompartimenten, betont im medialen femorotibialen Kompartiment sowie retropatellar mit kleinen retropatellaren Osteophyten. Geringe degenerative Veränderungen auch tibiofibular. Mässiger Kniegelenkserguss" (IV-act. 145-34). Die am 4. April 2017 vorgenommene vertebrospinale Kernspintomographie der Segmente C0-Th4 sowie die Kernspintomographie des linken Knies (IV-act. 157-3 ff.) wurden durch den begutachtenden Rheumatologen am 12. September 2017 gewürdigt: Die konventionellen Röntgenbilder vom 9. Januar 2017 hätten degenerative Veränderungen gezeigt, die nun magnetresonanztomographisch etwas genauer dargestellt würden. Diskusprotrusionen könne man konventionell-radiologisch nicht darstellen, im Rahmen von degenerativen Veränderungen seien diese in der Altersklasse von 56 Jahren zu erwarten. Die neuroradiologischen Befunde würden aber, wie dies aufgrund der klinischen Befunde zu erwarten gewesen sei, keine Kompression neuraler Strukturen zeigen. Auch die Befunde am linken Kniegelenk würden dem entsprechen, was in einer Magnetresonanztomographie einer leichtgradigen Gonarthrose im Alter von 56 Jahren



zu erwarten sei (IV-act. 161-1 f.). Die vorstehende Befunderhebung führte zu folgenden rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom (degenerative HWS-Veränderungen mit multiplen Osteochondrosen, Unkovertebralspondylosen und Spondylarthrosen; diffuse idiopathische skelettale Hyperostose [DISH]; Status nach Auffahrkollision mit HWS-Distorsion am 13. März 2014), Periarthropathia humeroscapularis tendopathica beidseits, vermutlich bei subakromialem Impingement infolge degenerativer Veränderungen am Akromiondach und im AC-Gelenk, rechts mit nachgewiesener Insertionstendinopathie und Partialruptur der Subskapularissehne und der Supraspinatussehne sowie SLAP-Läsion (Arthro-MRT rechts 23.11.2010) sowie eine Gonarthrose links. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden aus dem internistisch/rheumatologischen Bereich unspezifische Rückenschmerzen bei Fehlstatik, Adipositas (BMI 34.5 kg/m²), degenerativen Veränderungen und einer diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose, eine Hyperlipidämie sowie eine arterielle Hypertonie genannt (IV-act. 145-26 f.). In Auseinandersetzung mit aktenkundigen früheren Diagnosen kam Dr. N.____ zum Schluss, dass das verschiedentlich genannte "zervikozepale Syndrom" nicht erfüllt sei, da seines Erachtens die vom Beschwerdeführer beklagte Form von Kopfschmerzen nicht der Form eines zervikogenen Kopfschmerzes entspreche. Diese Diagnosestellung, die von jener vieler behandelnder Ärzte und Therapeuten abweicht, hat er gestützt auf einen wissenschaftlichen Kriterienkatalog und mit eigenen Befunden nachvollziehbar begründet (IV-act. 145-24 f.). Andere Diagnosestellungen, welche von Dr. N.____ unberücksichtigt geblieben wären, sind nicht ersichtlich.

3.2.2. Bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht führte Dr. N.____ aus, dass aufgrund der objektivierbaren somatischen Pathologie die folgenden Einschränkungen vorliegen würden: Keine Arbeiten in monotonen, ergonomisch ungünstigen Körperstellungen für Nacken und Rücken, keine Arbeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg, keine ausschliesslich stehenden Arbeiten, der Anteil Stehen und Gehen sollte etwa die Hälfte nicht übersteigen, keine Arbeiten im Kauern und auf Leitern und Gerüsten. Die pathologischen Befunde am Bewegungsapparat würden eine qualitative Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils begründen, nicht jedoch eine zeitliche Einschränkung. Im Vergleich zu den Gutachten des ABI und der MEDAS Ostschweiz seien die Gonarthrose links, die Schulterpathologie links und unspezifische Rückenschmerzen hinzugekommen. Diese neuen Leiden würden das Zumutbarkeitsprofil in qualitativer, nicht aber in quantitativer Hinsicht beeinträchtigen. Rein aus somatischer Sicht attestierte einzig Dr. J.____ dem Versicherten eine von



dieser Einschätzung abweichende Arbeitsunfähigkeit. Die durch Dr. J.____ am 16. Juni 2016 abgegebene Leistungseinschätzung von höchstens 50% auch für eine leichte Arbeit erachtet Dr. N.____ als mit den objektivierbaren Befunden am Bewegungsapparat nicht genügend begründbar (IV-act. 145-27 f.). Sie wird denn auch durch Dr. J.____ selber in seinem Bericht nicht begründet (IV-act. 132/2-5), weshalb sie keine Zweifel an der Einschätzung von Dr. N.____ aufkommen zu lassen vermag.

3.3.

3.3.1. Der begutachtende Psychiater Dr. O.____ stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine chronische, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00), sowie eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01; IV-act. 145-27). Er setzte sich in seinem Teilgutachten eingehend mit den aktenkundigen früheren Diagnosen auseinander und kam unter Würdigung derselben sowie unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Klassifikationen zum Schluss der vorgenannten Diagnosen. Die früher von verschiedenen Ärzten diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung beschrieb er als unzulässige Diagnose, da aufgrund der Akten die Beschwerden zumindest zu Beginn zu einem wesentlichen Teil auf körperliche Veränderungen zurückgeführt werden könnten. Anhand wissenschaftlicher Literatur legte er sodann dar, inwiefern die von Dr. C.____ seit Jahren unverändert gestellte Diagnose der prolongierten Anpassungsstörung in sich widersprüchlich sei, da eine Anpassungsstörung definitionsgemäss zeitlich begrenzt und leicht, gemäss Dr. C.____ aber chronisch und ausgeprägt sei (IV-act. 145-42 ff.). Unter Berücksichtigung der ICD-10 Kriterien kam er betreffend der Diagnose Depression zum Schluss, dass sich aufgrund der Akten der folgende Verlauf ergebe: "Nach dem Unfall im 2004 mit den trotz Behandlung anhaltenden Schmerzen und den erwähnten Verlusten entwickelte sich die Trauer zu einer Depression. Die Depression begann als depressive Anpassungsstörung und verschlechterte sich schleichend von einer leichten zu einer leichten bis mittelgradigen Depression. Trotz Behandlung verselbständigte sie sich und chronifizierte" (IV-act. 145-45 f.). Bezüglich der von Dr. C.____ diagnostizierten Panikattacken kommt Dr. O.____ unter Berücksichtigung der Schilderungen des Beschwerdeführers zum Schluss, dass eine Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung besser passe (IV-act. 145-46). Sodann erklärt er betreffend der - erst im Nachgang zur Begutachtung und einzig durch Dr. L.____ am 20. September 2017 gestellten (vgl. IV-act. 163-3) - Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung ebenfalls gestützt auf die vom Beschwerdeführer ihm gegenüber geäusserten Umstände, dass ausser den



wenig spezifischen Albträumen keine Hinweise auf eine solche vorhanden seien (IV-act. 145-46 f.).

3.3.2. Bei der Frage der Auswirkungen der genannten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit blendet der begutachtende Psychiater zu Recht die Sprachkenntnisse, das Alter, die Berufsausbildung, die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und die subjektive Überzeugung, nicht voll arbeitsfähig zu sein, als nicht der Erkrankung entsprechende Faktoren aus (IV-act. 145-49). Dies dürfte in weiten Teilen seine im Vergleich zu anderen Ärzten höhere Arbeitsfähigkeitseinschätzung erklären. Berücksichtigt hat er die Konzentrationsstörungen, die Verlangsamung, die Schwankungen der Leistungsfähigkeit, die Schlafstörungen mit der erhöhten Tagesmüdigkeit und den erhöhten Pausenbedarf. Aus klinischer Sicht erwartet er, dass sich der Versicherte durch eine geeignete, als sinnvoll erlebte Arbeit von den Schmerzen ablenken könnte. Die Angststörung könne die Möglichkeiten des Versicherten, sich um eine Stelle zu bewerben und sie erfolgreich anzutreten, etwas einschränken (IV-act. 145-49). Seine Einschätzung lehnte Dr. O.____ unter anderem an das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen". Es sollten aus psychiatrischer Sicht sodann folgende Einschränkungen in Bezug auf den Arbeitsplatz berücksichtigt werden: Alles, was die Schmerzen verstärke, sei ungünstig, da dies die depressive Symptomatik verstärken könnte. Der Versicherte sollte Kontakt haben, allerdings eher mit gesunden Menschen. Eine Stelle mit einem ungünstigen Arbeitsklima oder einer konflikträchtigen Struktur sei aufgrund der vermehrten Reizbarkeit ungünstig; er könne mit chronischen Konflikten nicht umgehen, da er einen inneren Druck habe, es allen recht zu machen und perfekt zu arbeiten (IV-act. 145-50). Insgesamt würden die festgestellten Erkrankungen aus psychiatrischer Sicht einen Schweregrad erreichen, der mit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft verbunden sei. Es bestehe eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit von geschätzt 70% für die angestammte und von 80% für eine optimal leidensangepasste Tätigkeit ohne Führungsfunktion, die keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle oder besondere Fähigkeiten verlange. Der Versicherte verfüge nicht über genügend Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren (IV-act. 145-26 ff.). Diese Einschätzung wird detailliert erläutert und ist nachvollziehbar. Hinsichtlich der abweichenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des behandelnden Facharztes Dr. C.____ hält Dr. O.____ in nachvollziehbarer Weise fest, dass Ersterer in diesem Fall hauptsächlich Therapeut sei und seine Stellungnahme dadurch geprägt sein müsse. Wenn er Erfolg als Therapeut haben wolle, müsse er die Welt aus der Sicht seiner Patienten sehen und die Sicht sogar bis zu einem gewissen Grad teilen können. Dies stelle seine Integrität nicht in



Frage, sondern ergebe sich zwingend aus der Konstellation der therapeutischen Beziehung (IV-act. 145-51). Bei Dr. H.____, welcher dem Versicherten am 25. Januar 2016 ebenfalls aus psychischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (IV-act. 117-1), handelt es sich nicht um einen psychiatrischen Facharzt, sondern einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und ebenfalls um einen behandelnden Arzt (vgl. hierzu E. 3.1).

3.4. Nach dem Gesagten beruht das strittige Gutachten auf eigenständigen Abklärungen mit detaillierten Fragen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die medizinischen Vorakten und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sind unvoreingenommen berücksichtigt worden. Die bescheinigte Arbeitsfähigkeit leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Das MEDAS-Gutachten erscheint in seiner Gesamtheit nachvollziehbar und schlüssig. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten nicht berücksichtigt worden wären. Auf die vorstehend in E. 3.2.2 und E. 3.3.2 beschriebene Arbeitsfähigkeitsschätzung des bidisziplinären MEDAS-Gutachtens kann folglich abgestellt werden.

3.5. Der Bericht von Dr. L.____ vom 20. September 2017 erging zwar im Nachgang zum MEDAS-Gutachten vom 7. Februar 2017 (IV-act. 163-4). Dr. O.____ hatte jedoch wie bereits in E. 3.3.1 ausgeführt in schlüssiger Weise die von Dr. L.____ - auch in Abweichung zum behandelnden Psychiater Dr. C.____ - gestellte Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung ausgeschlossen (IV-act. 145-46 f.) und auch der RAD führte nachvollziehbar aus, wieso diese Diagnose nach ICD-Kriterien nicht gestellt werden könne (vgl. IV-act. 164-1). Die Anforderungen des Bundesgerichts an den Beweiswert von Arztberichten (E. 2.3) erfüllt der Bericht von Dr. L.____ nicht. Dem Bericht ist nicht einmal zu entnehmen, ob er den Versicherten gesehen hat oder ob der Bericht auf den Akten basiert. Einzig der Hinweis "Fallart: ambulant" könnte darauf schliessen lassen, dass er den Patienten gesehen hat. Wie lange ein allfälliges Gespräch/eine allfällige Untersuchung gedauert hat, ist dem Bericht wiederum nicht zu entnehmen. Auch ist unklar, ob und bejahendenfalls welche Vorakten beigezogen wurden (vgl. IV-act- 163-3). Die Einschätzung der 40%igen Arbeitsfähigkeit für sehr leichte Tätigkeiten erfolgte sodann explizit unter Berücksichtigung unter anderem psychosozialer Aspekte, auch ist der Bericht wörtlich mit "Sozialmedizinische Stellungnahme" bezeichnet (IV-act. 163-3 f.). Der bio-psycho-soziale Krankheitsbegriff ist jedoch rechtlich im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG nicht massgebend (BGE 143 V 418 E. 6). Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass Dr. L.____ Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,



Physikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie, nicht aber Facharzt für Psychiatrie ist, sodass seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung, die auch die "verminderte psychische Leistungsfähigkeit" berücksichtigt, kein Beweiswert zukommt. In seinem Bericht erwähnte er insgesamt keine Aspekte, die bei der Begutachtung unerwähnt oder unberücksichtigt geblieben waren, und der Bericht enthält auch keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation im Vergleich zum MEDAS-Gutachten. Nach dem Gesagten vermag der Bericht von Dr. L. ___ nichts am Umstand zu ändern, dass auf das MEDAS-Gutachten vom 7. Februar 2017 abzustellen ist.

4.

Der Beschwerdeführer macht sodann sinngemäss geltend, die Verwertbarkeit der von den Gutachtern attestierten Restarbeitsfähigkeit von 80% in einer adaptierten Tätigkeit sei offensichtlich nicht gegeben (act. G1).

4.1. Die Frage der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit beurteilt sich auch bei vorgerücktem Alter bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 Abs. 1 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f.), wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460; Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2017, 8C_28/2017, E. 3.2). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 462 E. 3.3).

4.2. Das Bundesgericht hat generell relativ hohe Hürden für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2017, a.a.O., E. 5.2 mit Hinweis auf das Urteil vom 30. März 2017, 9C_88/2017, E. 3.3.2). Eine verbleibende Aktivitätsdauer von rund fünf Jahren gilt rechtsprechungsgemäss grundsätzlich als ausreichend, um eine neue einfache



Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2017, 9C_677/2016, E. 4.3). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Verfügung hingegen erst 58 Jahre alt. Sodann stehen ihm sämtliche Arbeiten ohne monotone, ergonomisch ungünstige Körperstellungen für Nacken und Rücken, ohne Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg, nicht ausschliesslich stehend, mit einem Anteil an Stehen und Gehen, welcher etwa die Hälfte nicht übersteigt, sowie ohne Kauern, ohne Tätigkeit auf Leitern und Gerüsten, ohne Führungsfunktion, ohne besondere Anforderungen an die psychische Belastbarkeit und ohne Notwendigkeit besonderer Fähigkeiten offen (IV-act. 145-27 f.). Dem Beschwerdeführer sind damit insbesondere noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten als Hilfsarbeiter in der produzierenden Industrie sowie im Dienstleistungssektor zumutbar.

4.3. Die gutachterlich attestierte Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 80% in einer adaptierten Tätigkeit ist nach dem Gesagten als auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar zu betrachten. Restriktionen des realen Arbeitsmarkts, die dem Beschwerdeführer das Auffinden einer Arbeitsstelle erschweren und zu zahllosen Absagen auf Bewerbungen geführt haben (vgl. separate Beilagen zu act. G1), haben vor dem Hintergrund dessen, dass in der Invalidenversicherung das Risiko der Arbeitslosigkeit keine Berücksichtigung finden darf, ausser Acht zu bleiben.

5.

Ausgehend von der 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.2).

5.1. Betreffend die Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten Einkommen angeknüpft, weil davon auszugehen ist, dass die versicherte Person ohne den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die bisherige Tätigkeit weitergeführt hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1). Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto betrug das Einkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2003 Fr. 63'785.-- (IV-act. 115-3). Dementsprechend setzte die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen in der angefochtenen Verfügung unter Vornahme der Nominallohnvereinbarung auf Fr. 70'927.-- per 2014 fest (IV-act. 147). In der Beschwerdeantwort rechnete sie sodann zu Recht mit einem Valideneinkommen von Fr. 72'916.-- per 2016 (act. G 4 Ziff. 12). Korrekterweise wurde dabei die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2016 (hypothetischer Beginn der am 5. Januar 2016 beantragten Rente; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) berücksichtigt (Index Männer 2003: 1958; Index Männer 2016: 2239; Basis 1939 =



100; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976 bis 2016).

5.2. Nach der Beendigung seiner Tätigkeit für die B.____ AG war der Beschwerdeführer mit Ausnahme einer teilzeitlichen Tätigkeit als Küchenhilfe in den Jahren 2007 und 2008 (vgl. Arbeitszeugnis Q.____, vom 3. Dezember 2008 als separate Beilage zu G1) aktienkundig nicht mehr arbeitstätig gewesen. Aus diesem Grund ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf die statistischen durchschnittlichen Löhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik zurückzugreifen. Der Beschwerdeführer ist als Hilfsarbeiter zu qualifizieren. Gemäss den LSE von 2014 haben Männer im Kompetenzniveau 1 bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden durchschnittlich ein Jahreseinkommen von Fr. 66'453.-- erzielt (vgl. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Hiervon sind entsprechend der Arbeitsfähigkeit 80% zu berücksichtigen. Entsprechend dem Valideneinkommen ist auch für das Invalideneinkommen auf die Zahlen des Jahres 2016 abzustellen, was zu einem solchen von gerundet CHF 53'617.-- führt (Index 2014: 2220; Index 2016: 2239). Ob ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen ist und wenn ja, in welcher Höhe, kann bei diesem Ergebnis offenbleiben, zumal ein Abzug von 15% nicht rentenbegründend wirkt (Invaliditätsgrad von rund 37%) und ein 15% übersteigender Abzug vorliegend nicht in Frage kommt.

5.3. Ausgehend von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'916.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'617.-- ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 26%. Der Beschwerdeführer hat somit keinen Rentenanspruch.

6.

6.1. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 13. November 2017 gegen die Verfügung vom 16. Oktober 2017 abzuweisen.

6.2. 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. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm anzurechnen.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird angerechnet.