



Fall-Nr.: IV 2018/126
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.05.2020
Entscheiddatum: 24.04.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 24.04.2019

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG: Abstellen auf ein MEDAS-Gutachten, wonach der Beschwerdeführer in adaptierten Tätigkeiten zu 70% arbeitsfähig ist. Der Beschwerdeführer ist 60 Jahre alt und leidet an einer Persönlichkeitsstörung. Er hatte verschiedene Arbeitsverhältnisse, war vor allem aber selbständig tätig und erzielte geringe Einkommen. Es ist daher ein Prozentvergleich vorzunehmen. Das eingeschränkte, einem Nischenarbeitsplatz entsprechende Zumutbarkeitsprofil rechtfertigt zwar nicht die Annahme, die Restarbeitsfähigkeit sei nicht mehr verwertbar, begründet aber einen Tabellenlohnabzug von 20%, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente hat (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. April 2019, IV 2018/126).

Entscheid vom 24. April 2019

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz),

Christiane Gallati Schneider und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2018/126

Parteien

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführer,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng,

Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 27. Oktober 2011 (Datum Postaufgabe) zum zweiten Mal bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 123). Gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten der Swiss Medical Assessment and Business Center (SMAB) AG, St. Gallen (IV-act. 157; Dr.med. B.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr.med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr.med. D.____, Facharzt u.a. für Innere Medizin und Dr.med. E.____, Fachärztin für Neurologie FMH wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 2. Dezember 2013 (IV-act. 174) ab.

A.b Eine dagegen gerichtete Beschwerde des Versicherten hiess das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 9. November 2015 (IV 2014/18, IV-act. 202) teilweise gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurück. Es erwog, aufgrund der Voraktenlage bestünden erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit und Beweistauglichkeit des SMAB-Gutachtens. Nachdem die Beschwerdegegnerin bzw. der RAD das Gutachten nicht für voll beweiskräftig gehalten



habe und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit einem ersten Gutachten 2006 aufgrund der neu gestellten Diagnosen (Small-Fiber-Neuropathie, Chronifizierung der HWS- und LWS-Symptomatik) nicht ohne weiteres verneint werden könne, hätte die IV-Stelle den Sachverhalt weiter abklären müssen. Weitere Erhebungen auch medizinischer Art drängten sich zudem zur Validenkarriere bzw. zur Frage auf, ob der Beschwerdeführer bisher aus gesundheitlichen Gründen kein höheres Einkommen habe erzielen können (E. 3.3 und 4.4).

A.c Der Versicherte war am 9. Juni 2015 am linken und am 11. August 2015 am rechten Kniegelenk operiert worden (jeweils u.a. Arthroskopie und Shaving, Teilmeniskektomie und Entfernung freier Gelenkskörper, Operationsberichte IV-act. 201-1 f. und 201-5 f.). Dr.med. F.____, Innere Medizin FMH, hielt im Verlaufsbericht vom 6. Januar 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes fest. Es beständen eine Kniearthrose und Zustand nach TME beidseits und Paklarsyndrom beidseits, ein zunehmendes Lumbovertebralsyndrom, progrediente Schulterschmerzen links, eine progrediente COPD, ein progredientes chronisches Cervikalsyndrom, eine progrediente Small-Fiber-Neuropathie sowie eine unklare Fibrillation an Waden, Oberschenkel, Arme und Bauch. Der Versicherte sei zu über 70% arbeitsunfähig (IV-act. 211-1 ff.). Dr.med. G.____, Neurochirurgie FMH, erhob gemäss Arztbericht vom 6. Juni 2016 (1.) ein chronisches zervikovertebrogenes- und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts bei Spondylosis im Sinne einer Spinalkanalstenose sowie breitbasigen Diskushernien C5/6 und C6/7 mit neuroforaminaler Einengung C5/6 und C6/7 bds. rechtsbetont, (2.) eine Angulation der HWS auf Höhe C5/6 (keine zervikale Lordose), (3.) ein chronisches lumbovertebrogenes- und intermittierend lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts bei Spondylarthrose L2/3, L3/4, L4/5 und L5/S1 sowie Intervertebralgelenkszyste L5/S1 rechts, (4.) chronisch anhaltende Schmerzen im Inguinalbereich rechts unklarer Aetiologie sowie (5.) eine Labrumläsion proximal dorsal, ausgefranste Bicepssehne bei Acromyoclaviculargelenksarthrose rechts. Aus neurochirurgischer Sicht sei dem Versicherten eine leichte oder mittelschwere Tätigkeit nicht zu mehr als 20% bzw. höchstens eine Stunde täglich zumutbar (IV-act. 226). Die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) erwähnte im Bericht vom 20. September 2016 MRI-Befunde der HWS vom 20. Mai 2016 und der LWS vom 23. April 2014, wonach u.a. die Nervenwurzeln C6- und C7 deutlich komprimiert sowie L2 bis L4 und S1 tangiert würden. Teile des geschilderten Beschwerdekomples blieben aus neurologischer



St.Galler Gerichte

Sicht unklar. Möglicherweise seien die beklagten Fusschmerzen weiterhin im Rahmen der Small-Fiber-Neuropathie zu werten (IV-act. 244). Dr.med. H.___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Arztbericht vom 3. März 2017 aus, er behandle den Versicherten seit 4. Oktober 2016 (vierwöchentliche psychotherapeutische Gespräche). Der Versicherte leide an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (ICD-10: F60.30, F60.31). Er sei sehr unruhig, laut, verschmutzt und zeitweilig auch aggressiv. Auffällig seien auch die mnestischen Lücken bezüglich Anamneseerhebung. Aktuell sei eine irgendwie gestaltete Tätigkeit selbst in geschütztem Rahmen nicht vorstellbar (IV-act. 273). Die Klinik für Neurologie KSSG hielt am 4. Mai 2017 ein gutes Ansprechen auf Sativa-Öl fest; Fuss- und Knochenschmerzen seien zurückgegangen, und die Wärmedetektionsschwelle und die thermische Unterschiedsschwelle hätten sich erhöht (IV-act. 285). Ein MRI vom 30. Mai 2017 zeigte rechts akzentuierte degenerative Veränderungen beider Hüftgelenke mit höhengemindertem radiologischen Gelenkspalt und subchondraler Mehrsklerosierung (IV-act. 312-12). Am 2. Oktober 2017 erfolgte die Operation einer STT-Arthrose an der rechten Hand (Operationsbericht Klinik für Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie KSSG, IV-act. 302-4 f.; Austrittsbericht vom 5. Oktober 2017, IV-act. 312-4 f.).

A.d Die IV-Stelle gab ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, wobei das Los auf die SMAB AG Bern fiel (IV-act. 288). Das Gutachten datiert vom 3. Januar 2018 (IV-act. 305; med.pract. I.___, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr.med. J.___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin; Dr.med. K.___, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie [neurologische und psychiatrische Begutachtung], Untersuchungen 7., 27. September und 17. November 2017). Die Gutachter erhoben als die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigend (1.) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei bekannten degenerativen Veränderungen und rumpfmuskulärer Dysbalance, (2.) eine Belastungsminderung rechtes Bein bei Coxarthrose rechts, (3.) eine beginnende Gonarthrose bds. bei fortgeschrittener Chondropathie Grad II - IV des medialen Femurkondylus bds., (4.) ein degeneratives Halswirbelsäulensyndrom ohne radikuläre Ausfälle, (5.) eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) sowie (6.) eine narzisstische/reifungsretardierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8; IV-act. 305-25). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden u.a. ein Handgelenksganglion rechts, ein mit Behandlung weitgehend symptomfreies Asthma bronchiale, die Small-Fiber-Neuropathie sowie eine



St.Galler Gerichte

Cannabis-Abhängigkeit (ICD-10: F12.2; IV-act. 305-25). Die Gutachter kamen zum Ergebnis, aus somatischer Sicht seien die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gartenbauer und Landschaftsarbeiter sowie andere mittelschwere und schwere Tätigkeiten seit dem 26. Oktober 2011 (in Übereinstimmung mit dem Vorgutachten) nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit sei (aus somatischer Sicht) nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit im Gartenbau wie auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 70% (Präsenz 100%, Leistungsfähigkeit 70%). Diese gelte im Gegensatz zur psychiatrischen Vorbegutachtung 2013 und in Übereinstimmung mit dem Gutachten aus dem Jahr 2006 seit diesem Zeitpunkt (IV-act. 305-27 f., 29 f.). Der Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg, überwiegend bis ständig im Sitzen, zeitweilig im Gehen und Stehen, durchzuführen. Zwangshaltungen (Vorneige, kniende und hockende Stellung), Tätigkeiten mit erhöhtem Anspruch an die Standsicherheit wie auf Treppen, Leitern und Gerüsten, Tätigkeiten in und über Kopfhöhe und Tätigkeiten, die einen festen Kraftschluss der Hände erforderten, sowie Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte, Nässe und Zug seien zu vermeiden (auch IV-act. 305-48). Weiter seien Tätigkeiten mit einem besonderen Verantwortungsdruck, mit einem aussergewöhnlichen Zeitdruck (Akkordbedingungen) und unter Wechsel von Nachtschichtbedingungen bzw. mit regelmässigem Publikumsverkehr und sämtliche Tätigkeiten in überwiegender Teamarbeit unpassend. Am besten geeignet sei ein Arbeitsplatzbereich, bei dem der Versicherte alleine klar vorgegebenen Handlungsrichtlinien folgen könne (IV-act. 305-29, 82). RAD-Ärztin Dr. L. ___ nahm am 9. Januar 2018 Stellung; das Gutachten sei umfassend, sorgfältig erstellt und konklusiv, so dass die Arbeitsfähigkeit gestützt darauf abschliessend beurteilt werden könne (IV-act. 306).

A.e Mit Vorbescheid vom 27. Januar 2018 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur beabsichtigten Abweisung des Rentengesuchs bei einem IV-Grad von 30% (IV-act. 316). Mit Einwand vom 13. Februar 2018 liess der Versicherte im Wesentlichen vorbringen, das neue SMAB-Gutachten vom 3. Januar 2018 nehme zu den Erwägungen des Versicherungsgerichts nicht Stellung. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit werde nicht begründet. Sie sei in Anbetracht der Gesamtheit der



Diagnosen nicht nachvollziehbar. Es sei eine weitere Begutachtung zu veranlassen (IV-act. 317).

A.f Mit Verfügung vom 13. März 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch hinsichtlich Rente ab. Sie erwog, auf das Gutachten sei gemäss RAD abzustellen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasse auch Nischenarbeitsplätze. Neu unter Gewährung eines Tabellenlohnabzuges von 10% resultiere ein Invaliditätsgrad von 37%. Demnach bestehe weiterhin kein Rentenanspruch (IV-act. 321).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 13. März 2018 lässt A.____, vertreten durch Fürsprecher lic.iur. D. Küng, St. Gallen, am 7. April 2018 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen vollumfänglich aufzuheben. Es sei ihm eine ganze Invalidenrente ab wann rechtens, spätestens ab Mai 2012, zuzusprechen und zu entrichten. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen und anschliessender Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der psychiatrische Gutachter begründe nicht nachvollziehbar, weshalb die bereits 2003 beschriebene Persönlichkeitsstörung zur exakt gleichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe wie damals. Es werde lediglich auf die aufgrund der Summation der unterschiedlichen Erkrankungen (Persönlichkeitsstörung und Somatisierungsstörung) beschränkte emotionale Belastbarkeit hingewiesen. Eine einleuchtende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und eine Auseinandersetzung mit den Vorakten liege nicht vor. Das Gutachten setze sich mit dem beinahe verwahrlosten Erscheinungsbild, dem Cannabiskonsum und der im Gutachten aus dem Jahr 2006 beschriebenen Märtyrerhaltung nicht auseinander. Es sei nicht nachvollziehbar, wie er mit diesen gesundheitlichen Störungen eine Anstellung finden solle. Das nunmehr vorliegende neurologische Gutachten gehe auf die Erwägungen des Versicherungsgerichts zum Vorgutachten nicht ein, sondern begnüge sich mit der Feststellung, dass die Ausführungen im Bericht von Dr. G.____ nicht nachvollziehbar seien, da keine manifesten radikulären Veränderungen an der HWS und LWS objektivierbar seien. Auch im orthopädischen Gutachten werde nicht begründet, wie er mit den orthopädisch zuzuordnenden Beschwerden in einem Vollpensum arbeiten könne. Die vom Versicherungsgericht am Gutachten von 2013 bemängelte fehlende



innere Konsistenz sei auch im aktuellen Gutachten nicht vorhanden. Selbst wenn auf das aktuelle Gutachten abgestellt würde, hätte er Anspruch auf eine ganze Invalidenrente: Aufgrund seiner verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen gehe er seit vielen Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Es sei nicht realistisch, dass er mit seinem Zumutbarkeitsprofil und einer reduzierten Arbeitsfähigkeit von 70% eine Stelle finden und ein Einkommen von Fr. 46'517.-- bzw. Fr. 41'865.-- erzielen könne. Bei zutreffender Betrachtungsweise könne er kein Einkommen erzielen; jedenfalls wäre der von der Beschwerdegegnerin gewährte Tabellenlohnabzug von 10% viel zu tief (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das SMAB-Gutachten sei ausführlich abgefasst und dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Es liege im Ermessen der Gutachter, welche medizinischen Berichte erwähnt und diskutiert würden. Es genüge, dass die Vorakten von den Gutachtern zur Kenntnis genommen worden seien. Die Ausführungen des neurologischen Gutachters seien schlüssig. Die vom Beschwerdeführer angerufenen Berichte enthielten keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, welche im Rahmen der Begutachtung unerkant geblieben seien und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Der psychiatrische Gutachter habe die nicht unproblematischen Persönlichkeitsmerkmale mit der Diagnose einer narzisstischen und reifungsretardierten Persönlichkeitsstörung und der daraus abgeleiteten Arbeitsunfähigkeit von 30% berücksichtigt. Die erwähnte Verwahrlosung habe anlässlich der Begutachtung nicht bestätigt werden können. Es gebe keine Hinweise, dass der Cannabiskonsum beim Beschwerdeführer zu hirnorganischen oder körperlichen Schädigungen geführt habe. Daher habe die diagnostizierte Cannabis-Abhängigkeit keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Weil beim Beschwerdeführer keine repräsentative Einkommensbasis zu Verfügung stehe, sei zur Berechnung des Valideneinkommens auf den Tabellenlohn abzustellen. Dieser betrage Fr. 67'000.-- und sei um 5% zu kürzen, weil er an seinen letzten Arbeitsstellen ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt habe. Somit betrage das Valideneinkommen Fr. 63'671.--. Da der Beschwerdeführer nicht mehr arbeite, sei das Invalideneinkommen nach Tabellenlöhnen zu bestimmen. Geeignet seien etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- und



Verpackungsarbeiten oder leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilmaintenance. Der Beschwerdeführer sei im für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit massgeblichen Zeitpunkt 60-jährig gewesen. Trotzdem sei von einer Vermittelbarkeit auszugehen, zumal ein stabiler Gesundheitszustand vorliege. Der Beschwerdeführer könne nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen, demnach sei ein Leidensabzug von 10% vorzunehmen. Da keine bedeutenden weiteren gesundheitlichen Einschränkungen vorlägen, sei ein höherer Tabellenlohnabzug nicht gerechtfertigt, zumal die gesundheitlichen Einschränkungen mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von nur noch 70% in einer adaptierten Tätigkeit bereits grosszügig berücksichtigt worden seien (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 26. Juni 2018 hält der Beschwerdeführer fest, das Gutachten sei nicht vollständig und die Schlussfolgerungen seien nicht einleuchtend und nachvollziehbar. Die von der Beschwerdegegnerin angeführten Fälle lägen anders, indem es um im massgeblichen Zeitpunkt 46 bzw. 49 Jahre alte versicherte Personen gegangen sei, die, soweit ersichtlich, ausschliesslich aus somatischen Gründen in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen seien. Auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gebe es keine Möglichkeit, dass er an einer von der Beschwerdegegnerin beschriebenen Stelle arbeiten könnte, selbst wenn sie ihm - was bestritten werde - zumutbar wäre (act. G 9).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik.

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.

1.2 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]). 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).

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (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).

1.4 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.

Zu befinden ist zunächst über die Beweistauglichkeit des Gutachtens der SMAB AG vom 3. Januar 2018 (IV-act. 305).

2.1 Der orthopädische Gutachter notierte im Befund, die Rumpfmuskulatur sei dysbalanciert. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit sei endphasig schmerzhaft. Die Beweglichkeit der BWS und der LWS sei für Seitenneigung und Rotation nicht eingeschränkt. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz bei der Prüfung der Inklination der BWS und LWS aus dem Stand und im Langsitz (IV-act. 305-45) sowie zwischen dem Finger-Bodenabstand aus dem Stand (40cm) und aus dem Langsitz (0cm). Die Oberschenkelmuskulatur sei rechts im Vergleich zur Gegenseite umfangsvermindert, was auf eine Belastungsminderung hindeute (IV-act. 305-46). Seitens der unteren LWS stelle sich eine Druckdolenz präsakral und in Höhe L4/5 dar. Zum aktuellen Zeitpunkt sei der klinische Befund der LWS nicht auffällig. Lediglich bei der Prüfung der Inklinationsfähigkeit der BWS und LWS ergebe sich eine deutliche Inkonsistenz der Untersuchungsbefunde, die als Verdeutlichungstendenz gewertet werde (IV-act. 305-48). Die Bewegungen des rechten Hüftgelenks seien im Vergleich zur Gegenseite für die Beugung, Abspreizung und Innen- und Aussenrotation rechts konzentrisch mittelgradig eingeschränkt. Die Beweglichkeit der Kniegelenke sei nicht frei (IV-act. 305-46). Als Diagnosen erhob der orthopädische Gutachter ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei bekannten degenerativen Veränderungen und rumpfmuskulärer Dysbalance sowie eine Belastungsminderung des rechten Beins bei Coxarthrose rechts. Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erkannte er einem Handgelenksganglion rechts, einem Impingementsyndrom der linken Schulter mit leichtgradiger Bewegungseinschränkung sowie einer beginnenden Gonarthrose bds. zu (IV-act. 305-47). Der Beschwerdeführer nutze zwei Achselgehstützen zur Entlastung des rechten Beines und zwei angelegte elastische Kniegelenksbandagen. Ein



radiologischer Befund vom 30. Juli 2017 zeige rechts akzentuierte Veränderungen beider Hüftgelenke mit höhengemindertem Gelenkspalt und subchondraler Mehrsklerosierung. Eine hüftprothetische Versorgung sei in Aussicht gestellt (IV-act. 305-47). Im Bereich des rechten Handgelenks benutze der Beschwerdeführer eine angeformte volare Kunststoffschiene mit Stabilisierung des Daumens. Das MRI vom 18. April 2017 zeige ossär eine ödematöse Knochenmarksveränderung des Os scaphoideum, wahrscheinlich mechanisch bedingt im Rahmen einer Stressreaktion, keine Osteochondrose. Der orthopädische Gutachter war im Besitz des nachgereichten Austrittsberichts der Klinik für Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie des KSSG vom 5. Oktober 2017, wonach beim Beschwerdeführer eine Scapho-Trapezo-Trapezoidal (STT)-Arthrose operativ behandelt worden war (Epping-Plastik Hand rechts, Teilresektion Os trapezoideum, vgl. IV-act. 312-4 f.). Er erstellte ein Belastungsprofil. Dieses umfasst im Wesentlichen überwiegend bis ständig sitzend auszuführende, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg ohne Zwangshaltungen, ohne erhöhten Anspruch an die Standsicherheit wie auf Treppen, Leitern und Gerüsten, ohne Tätigkeiten in und über Kopfhöhe, ohne erforderlichen festen Kraftschluss der Hände und ohne extreme Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte, Nässe und Zug (IV-act. 305-48). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gartenbauer und Landschaftsarbeiter sei aufgehoben, da deren Anforderungsprofil das Belastungsprofil übersteige. Leidensadaptierte Tätigkeiten seien trotz der bestehenden Belastungsminderung des rechten Beines möglich. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei bis drei Monate nach hüftendoprothetischer Versorgung aufgehoben, danach sei sie aus orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung des Belastungsprofils nicht eingeschränkt (IV-act. 305-48).

2.2 Der neurologische Gutachter diagnostizierte als Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein degeneratives Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulensyndrom ohne radikulären Ausfälle und beurteilte die Small-Fiber-Neuropathie als ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 305-67). Er führte aus, vergleichbar mit der neurologischen Vorbegutachtung falle die aktuelle Anamneseerhebung aus, in welcher der Beschwerdeführer vor allem ein chronisches Schmerzsyndrom der Wirbelsäule mit einer Schmerzausstrahlung in alle Extremitäten beschreibe, ohne dass sich in der aktuellen Untersuchung manifeste sensible oder motorische radikuläre Ausfälle



objektivieren liessen. Das Reflexmuster spreche gegen radikuläre Ausfälle bei einem insgesamt schwachen seitengleichen Reflexniveau. Umschriebene Muskelatrophien hätten sich nicht objektivieren lassen. Vor allem die Korrelationsprüfung habe keine Auffälligkeiten gezeigt, so dass das demonstrierte erschwerte Gangbild nicht im Zusammenhang mit neurologischen Ausfällen erklärt werden könne. Klinisch dominierend bleibe letztendlich ein Schmerzsyndrom der Wirbelsäule im Zusammenhang mit degenerativen Veränderungen der HWS und LWS. Von daher sei die Arbeitsfähigkeit für mittelschwere und schwere Tätigkeiten aufgehoben (IV-act. 305-67). Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Gartenbau sei aufgehoben, da es sich um eine oftmals schwere körperliche Arbeit in Zwangshaltungen handle. In leidensadaptierten Tätigkeiten bestehe aus neurologischer Sicht weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 100% (IV-act. 305-68).

2.3 Die bildgebenden Befunde haben sich im Vergleich zur Vorbegutachtung verändert: Während ein MRI vom 23. März 2011 und eine Röntgenaufnahme vom 15. März 2012 der LWS (zusammengefasst) in den Bandscheiben L2 bis S1 lediglich Dehydratationen bzw. ein leichtes Bulging und eine Protrusion ohne eigentliche Hernierung mit Tangierung der Nervenwurzel L5 sowie eine leichte Spondylarthrose L4-S1 zeigten (IV-act. 157-17), ergab ein MRT vom 23. April 2014 linksbetonte Diskushernien in der oberen mittleren LWS und Tangierungen der Nervenwurzeln L2-L4 und S1 (IV-act. 244-3). Bezüglich der HWS bildete ein MRI aus dem Jahr 2009 eine Spinalkanalstenose mit intraforaminaler Stenose sowie breitbasige Diskushernien auf Höhe C5/6 und C6/7 ab (vgl. Arztbericht Dr. G.____ vom 6.Juni 2016, IV-act. 226-2), während ein MR-HWS vom 20. Mai 2016 (wiederum gekürzt) eine deutliche Kompression der C6- und C7-Nervenwurzeln bei Neuroforamenstenosen, einer Retrolisthesis und osteochondrotischen Veränderungen der HWK 5/6 und HWK 6/7, eine relative spinale Enge auf Höhe HWK 6/7 und HWK 5/6, eine flache Bandscheibenprotrusion HWK 2/3 und HWK 4/5 sowie akzentuierte, aktivierte Cosotransversalarthrosen auf Höhe BWK 1/2 zur Darstellung brachte (Bericht Klinik für Neurologie KSSG vom 20. September 2016, IV-act. 244-3). Indes wurde bereits in diesem Bericht festgehalten, dass sich die vom Beschwerdeführer beschriebenen Sensibilitätsstörungen weder einem peripheren Nerv noch einer Nervenwurzel zuordnen liessen (IV-act. 244-3). Insoweit erscheint die Beurteilung des neurologischen Gutachters, dass nach wie vor keine radikulären Symptome beständen, plausibel.



Bezüglich der Symptomatik der LWS hält der orthopädische Gutachter weiter fest, bekannt seien die schon seit Jahren beschriebenen degenerativen Veränderungen (IV-act. 305-48). Der orthopädische Vorgutachter berichtete, die klinisch-funktionelle Abklärung sei geprägt gewesen durch ein agitiertes und zumindest zeitweise demonstratives Verhalten des Beschwerdeführers. Die klinische Abklärung des gesamten Bewegungsapparates sei durch teilweise intensive Schmerzbekundungen und Abwehrverhalten geprägt gewesen. Eine verwertbare Wirbelsäulen- und Rumpffunktionsabklärung sei insofern nicht gelungen (IV-act. 157-18). Die nach Erstattung des Gutachtens vom 9. April 2013 erstellten Berichte äussern sich nicht zu den degenerativ bedingten Beschwerden an der Wirbelsäule selbst; insbesondere sind keine entsprechenden Untersuchungen oder Behandlungen aktenkundig. Somit ist mangels gegenteiliger objektiver Hinweise nachvollziehbar, dass die lumbalen und cervikalen Rückenschmerzen die Arbeitsfähigkeit nach wie vor lediglich in qualitativer Hinsicht einschränken.

3.

3.1 Der psychiatrische Gutachter führte aus, im Rahmen der psychopathologischen Querschnittsbetrachtung imponiere nach wie vor das Bild einer deutlich Ich-bezogen handelnden Persönlichkeit, wobei der Beschwerdeführer in der Wahrnehmung seiner körperlichen Beschwerden eine deutliche psychogene Überlagerung erkennen lasse. Dominant seien vor allem selbstgefällige und durch eine begrenzte Kritikfähigkeit bzw. veränderte Urteilsbildung geprägte Verhaltens- und Denkmuster, in deren Rahmen er einen gewissen Mangel an selbstkritischer Introspektion/Reflexion erkennen lasse, ohne dass aber eine gravierende Störung auf der Beziehungs- oder Kontaktebene auffalle. Die aktuellen Untersuchungsergebnisse liessen eine narzisstische bzw. reifungsretardierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) feststellen. Der Versicherte sei in einem durch Aggressionen und Gewalt geprägten Elternhaus aufgewachsen, in dem es ihm nicht gelungen sei, angemessene konfliktzensierte Lösungsstrategien zu erlernen, so dass viele seiner Handlungsmuster durch einen hohen Selbstbezug gesteuert bzw. geprägt seien. Bei einem gewissen Anspruch an eine eigene Leistungsfähigkeit sei es ihm gleichwohl gelungen, über viele Jahre im Erwerbsleben, wenn auch mit zahlreichen Stellenwechseln, zu arbeiten, bis er aufgrund eines zunehmenden Schmerzsyndroms



des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt im Bereich der Wirbelsäule seine letzte Tätigkeit im Gartenbau habe aufgeben müssen (IV-act. 305-28 f., 78 f.). Weiter verweist der Gutachter ausdrücklich auf die seiner Ansicht nach immer noch zutreffende Einschätzung im Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 28. Juni 2006 (IV-act. 305-83). Der damalige psychiatrische Gutachter führte aus, im Beziehungsverhalten sei der Beschwerdeführer tendenziell Schuld projizierend, sich überhöht, als Opfer negativ eingestellter Behördenmitglieder darstellend (IV-act. 107-21). Aufgrund einer Anamnese mit katastrophaler Behandlung durch die Eltern sowie mit erzieherischer Verwahrlosung in der Adoleszenz sowie aufgrund seiner Beziehungsanamnese, seiner Tendenz zu funktionalen somatischen Störungen, impulsivem Suchtverhalten, Derealisationserlebnissen etc. sei als Grundkrankheit eine narzisstisch-neurotische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8) festgestellt worden. Auf dem Boden dieser Grundstörung sei anzunehmen, dass die somatisch objektivierbaren Krankheiten psychisch überlagert seien. Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit infolge dieses konversionsneurotischen Anteils sei auf 30% veranschlagt worden (IV-act. 107-22). In körperlich adaptierten Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer nach wie vor zu schätzungsweise 30% arbeitsunfähig aufgrund der somatoformen Überlagerung und der Stimmungsschwankungen infolge einer Persönlichkeitsstörung (IV-act. 107-24). Davon abweichend hielt die psychiatrische Vorgutachterin fest, aufgrund einzelner Grössenideen und der etwas überzogenen Selbstdarstellung gebe es Hinweise auf narzisstische Persönlichkeitszüge, welche nicht ausreichend stark oder vollständig vorhanden seien, um die Kriterien einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu erfüllen (IV-act. 157-36). Der psychiatrische Gutachter erklärt, dass das psychiatrische Vorgutachten zu einer abweichenden Beurteilung gekommen sei, weil die dortigen Ausführungen angesichts der beschriebenen Längsschnittbetrachtung mit erheblichen Gewalterfahrungen in der frühen Kindheit und der damit verbundenen Persönlichkeitsentwicklungsstörung zu unpräzise geblieben seien, weshalb letztlich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht erfasst worden sei (IV-act. 305-83). Sowohl der aktuelle psychiatrische Gutachter als auch der vormalige der MEDAS Ostschweiz begründen die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der Persönlichkeitsentwicklung und stellen sie in Zusammenhang mit den Kindheitserlebnissen, der daraus entstandenen Selbstwertproblematik und der daraus entstandenen Überlagerung der somatisch erklärbaren Schmerzen (IV-act. 305-71). Zur



Diagnose der undifferenzierten Somatisierungsstörung legt der psychiatrische Gutachter dar, die Merkmale einer klassischen somatoformen Schmerzstörung seien nicht gegeben, da eine psychogene Ausgestaltung der Beschwerden sich nicht nur auf die Schmerzen, sondern auch auf die Darstellung der Sensibilitätsstörung beziehe (IV-act. 305-81).

3.2 Gemäss psychiatrisch-gutachterlicher Anamnese war der Beschwerdeführer bislang "zweimal bei einem Psychiater" (IV-act. 305-71). Die Behandlung bei Dr. H.____ habe er inzwischen wegen der Hüftbeschwerden und dem langen Anfahrtsweg abgebrochen (IV-act. 305-72). Dr. H.____ hatte am 3. März 2017 angegeben, er behandle den Beschwerdeführer seit 4. Oktober 2016. Die Behandlung umfasse regelmässige psychotherapeutische Gespräche in 4-wöchentlichen Abständen (IV-act. 273-2 f.). Der psychiatrische Gutachter hat diesen Bericht nicht gewürdigt (vgl. IV-act. 305-85). Es ist zu vermuten, dass dies auf einem Missverständnis beruht, indem der Beschwerdeführer von zwei Behandlungen sprach (vgl. IV-act. 107-9, wonach im Jahr 2005 eine Behandlung wegen einer Depression stattgefunden habe), der Gutachter aber davon ausging, es hätten lediglich zwei Termine bei Dr. H.____ stattgefunden, und dessen Beurteilung folglich keine massgebliche Bedeutung beimass. Gesamthaft betrachtet kann dennoch auf die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters abgestellt werden: So begründet Dr. H.____ die von ihm attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit mit der durch die Small-Fiber-Neuropathie hervorgerufenen Schmerzproblematik, und nicht etwa mit den Auswirkungen der von ihm diagnostizierten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (ICD-10: F60.30/F60.31). Die von Dr. H.____ vermerkten mnestischen Lücken in der Anamneseerhebung bzw. die starke Einschränkung des Konzentrationsvermögens (IV-act. 273-2, 5) liessen sich in der psychiatrischen Begutachtung nicht bestätigen; der Gutachter fand keine Anhaltspunkte für Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration bzw. des konzentrativen Durchhaltevermögens sowie der Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung (IV-act. 305-76). Das vom behandelnden Psychiater berichtete ungepflegte Erscheinungsbild (IV-act. 273-2) wurde insbesondere auch im Gutachten vom 9. April 2013 erwähnt (IV-act. 157-36). Indessen beschrieben die aktuellen Gutachter den Beschwerdeführer als sauber und einfach gekleidet (IV-act. 305-57) bzw. ausreichend gepflegt (IV-act. 305-76), was dafür spricht, dass er den hierfür notwendigen Willen aufbringen kann (vgl. auch IV-act. 161-3, wo diese Aussage



allerdings mit dem Fehlen einer psychiatrischen Diagnose begründet wurde). Der Bericht von Dr. H.____ enthält keine objektiven Gesichtspunkte, welche das Gutachten in Frage stellen.

3.3 Mit Blick auf das strukturierte Beweisverfahren bzw. die massgeblichen Indikatoren hält der psychiatrische Gutachter fest, beim Beschwerdeführer lägen eine narzisstische bzw. reifungsretardierte Persönlichkeitsstörung und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung vor. Darüber hinaus sei ein langjähriger Cannabis-Konsum im Sinne einer Abhängigkeit (ICD-10: F12.2) zu berücksichtigen, auch wenn es sich hierbei nicht um eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung handle (IV-act. 305-80). Komorbiditäten spielten allenfalls eine untergeordnete Rolle im Hinblick auf die degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates und die Schmerzwahrnehmung (IV-act. 305-81). Zu den Auswirkungen der Diagnosen hielt der Gutachter fest, im Rahmen der Persönlichkeitsstörung bestehe eine signifikant herabgesetzte Belastbarkeit (IV-act. 305-81). Die Störung der Affektivität sei überwiegend leicht, zeitweise mittelschwer (IV-act. 305-80). Anhaltspunkte für eine Regression im Rahmen der unzureichenden Selbstwertregulation würden nicht erkennbar. Intentionalität und Antrieb seien normal. Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung seien allenfalls in geringen Grenzen gestört. Der Beschwerdeführer offenbare eine signifikante Reifungsretardierung in seiner Persönlichkeitsentwicklung, in deren Rahmen er nur über ein begrenztes Spektrum selbstwertstabilisierender emotionaler und kognitiver konfliktzentrierter Bewältigungsstrategien verfüge. Dies sei ein wesentlicher Aspekt, der zu einem langjährigen Konsum von Cannabis beitrage. Zugleich werde eine deutliche Neigung zur Selbstgefälligkeit in der Selbstdarstellung ersichtlich mit einem gleichzeitigen Mangel an Fähigkeiten zur Empathie (IV-act. 305-81). Eine weiterführende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei aufgrund einer hohen Abwehrhaltung des Beschwerdeführers nie in Gang gekommen. Angesichts des langjährigen Krankheitsverlaufs ergebe sich eine Indikation zu einer niederfrequenten, überwiegend stützenden und strukturierenden Gesprächstherapie. Eine Indikation zu einer klassischen Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie bestehe mangels Erfolgsaussichten nicht (IV-act. 305-80). Aus psychiatrischer Hinsicht ist somit gestützt auf das Gutachten vom 3. Januar 2018 von einer 70%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

4.



Gesamthaft betrachtet ist das Gutachten der SMAB AG Bern vom 3. Januar 2018 mit dem RAD als beweistauglich zu beurteilen (vgl. RAD-Stellungnahme vom 23. Januar 2018, IV-act. 306). Invaliditätsfremde Faktoren wie langjährige Arbeitslosigkeit, die eingeschränkte finanzielle Lage (Sozialhilfebezug), aber auch die problematische Beziehung zur Mutter (vgl. IV-act. 305-71 f.) haben die Gutachter bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert (IV-act. 305-32, 34). Auch wurden die Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens hinreichend ausführlich abgehandelt, so dass auch aus rechtlicher Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 70% in leidensangepassten Tätigkeiten auszugehen ist.

5.

5.1 Der Beschwerdeführer erzielte als Selbständigerwerbender bereits vor seiner ersten IV-Anmeldung während Jahren lediglich bescheidene Einkommen von unter Fr. 30'000.-- jährlich (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 127). Nach eigenen Angaben begann er nach der Schule eine Lehre als Koch und arbeitete später als Töff-Mechaniker, als selbständiger Schuhmacher, als Elektriker, auf dem Bau, im Gartenbau, im Sicherheitsdienst und als Lackierer, teilweise offenbar im Rahmen eines Beschäftigungsprogrammes. Zuletzt habe er während Jahren als selbständiger Gärtner gearbeitet (vgl. IV-act. 305-75; IV-act. 157-33, IV-act. 107-18, wobei die Angaben teilweise voneinander abweichen).

5.2

5.2.1 Als Valideneinkommen gilt dasjenige Einkommen, das die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne die Gesundheitsschädigung erzielt hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Insbesondere um eine berufliche Weiterentwicklung mit einem daraus resultierenden höheren Einkommen mitzubersichtigen, müssen konkrete Anhaltspunkte dafür gegeben sein, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein



beruflicher Aufstieg und ein entsprechend höherer Verdienst tatsächlich realisiert worden wären (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen). Erzielt eine versicherte Person aufgrund invaliditätsfremder Faktoren lediglich ein geringes Einkommen und ist aufgrund der gesamten Umstände anzunehmen, sie hätte sich als Gesunde voraussichtlich dauerhaft aus freien Stücken mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit begnügt, ist auf das erzielte Einkommen abzustellen, es sei denn, dieses sei weit unterdurchschnittlich, nicht existenzsichernd und die versicherte Person verfügt über kein Vermögen zur Bestreitung des Lebensunterhalts (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2009, 9C_409/2009, E. 3.1; U. MEYER/M. REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Art. 28a, N 71; BGE 125 V 157 E. 5c/bb). Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar, war die versicherte Person zur Zeit des Eintritts des Gesundheitsschadens arbeitslos oder hätte sie ihre bisherige Stelle auch ohne die gesundheitliche Beeinträchtigung in der Zeit bis zum Rentenbeginn verloren, so können die Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik (BFS) herangezogen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_501/2013 vom 28. November 2013 E. 4.2).

5.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solch tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss der vom BFS periodisch herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 129 V 472, E. 4.2.1, mit weiteren Verweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 25. November 2016, 9C_532/2016, E. 4.1.1).



5.2.3 Ein Prozentvergleich entsprechend der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ergibt sich bzw. ist zulässig, wenn sich die Vergleichseinkommen ziffernmässig nicht genau bestimmen lassen und nach denselben statistischen Werten bemessen werden, wenn die vormals ausgeübte Tätigkeit noch möglich ist, weil beispielsweise der Arbeitsvertrag noch nicht aufgelöst wurde, oder weil die vormals ausgeübte Tätigkeit die beste Eingliederung ermöglicht, weil der vor Eintritt der Invalidität erzielte Lohn höher ist als das Invalideneinkommen (vgl. zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juli 2017, 9C_648/2016, E. 6.2.1, vom 14. Juli 2016, 9C_225/2016, E. 6.2.2 und vom 24. August 2016, 9C_237/2016, E. 2.2).

5.3 Der Beschwerdeführer hat keine Ausbildung abgeschlossen. Er leidet unter einer Persönlichkeitsstörung, welche sich definitionsgemäss bereits seit seiner Kindheit manifestiert und ausgewirkt haben muss (vgl. H. DILLING/H.J. FREYBERGER, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl., Bern 2014, S. 234 f.). Es ist deshalb überwiegend wahrscheinlich, dass sich diese bereits vor seiner hier zu beurteilenden Anmeldung auf seine Erwerbsbiographie ausgewirkt hat, und diese nebst psychosozialen und arbeitsmarktlichen Faktoren den Beschwerdeführer daran hinderten, ein höheres Einkommen zu erzielen. Auffällig ist jedenfalls, dass der Beschwerdeführer häufige Stellenwechsel zu verzeichnen hatte und lediglich als Selbständigerwerbender jeweils über mehrere Jahre hinweg dieselbe Tätigkeit ausübte (vgl. IK-Auszug, IV-act. 127). Sodann ist der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbstätig. Es ist mithin sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen nach Tabellenlöhnen zu bemessen beziehungsweise ein Prozentvergleich vorzunehmen, wie dies die Beschwerdegegnerin auch getan hat.

6.

6.1 Der als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie 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 (Urteile des Bundesgerichts vom 28. April 2010, 8C_1050/2009, E. 3.3, mit Hinweisen, und vom 29. August 2007, 9C_95/2007, E. 4.3). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich 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 auch in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt würde. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den konkreten Umständen ab. Zu denken ist zunächst an die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, angesichts der beschränkten verbleibenden Aktivitätsdauer sodann namentlich an den absehbaren Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch an die Persönlichkeitsstruktur, an vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, die Ausbildung, den beruflichen Werdegang oder an die Möglichkeit, Berufserfahrung anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2010, 9C_427/2010, E. 2.4.1). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung stellt hohe Voraussetzungen an die Annahme einer nicht mehr verwertbaren Restarbeitsfähigkeit. Massgebend sind die verbleibende Aktivitätsdauer von grundsätzlich fünf Jahren und der zeitliche Umfang der Arbeitsfähigkeit (Urteile des Bundesgerichts vom 7. März 2017, 9C_677/2016, E. 4.3, vom 25. Juli 2016, 8C_324/2016, E. 4.4 f., und vom 19. Mai 2016, 8C_910/2015, E. 4.3.3).

6.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 323 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 80 E. 5b/aa in fine). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände



im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc; 134 V 327 f. E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juli 2009, 9C_368/2009, E. 2.1; zum Ganzen auch Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2014, 9C_630/2014, E. 2.1 mit weiteren Verweisen).

6.3 Der Beschwerdeführer verfügt über keine abgeschlossene Ausbildung. Aus somatischer Sicht ist er in der Lage, überwiegend bis ständig sitzend auszuführende, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg ohne Zwangshaltungen, ohne erhöhten Anspruch an die Standsicherheit wie auf Treppen, Leitern und Gerüsten, ohne Tätigkeiten in und über Kopfhöhe, ohne erforderlichen festen Kraftschluss der Hände und ohne extreme Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte, Nässe und Zug auszuüben (IV-act. 305-48). Aus psychiatrischer Sicht sind Tätigkeiten mit einem besonderen Verantwortungsdruck, mit einem aussergewöhnlichen Zeitdruck (Akkordbedingungen) und unter Wechsel von Nachtschichtbedingungen bzw. mit regelmässigem Publikumsverkehr und sämtliche Tätigkeiten in überwiegender Teamarbeit unpassend. Am besten geeignet ist ein Arbeitsplatzbereich, bei dem der Versicherte alleine klar vorgegebenen Handlungsrichtlinien folgen könnte (IV-act. 305-29, 82). RAD-Ärztin Dr. L.____ fasste das Anforderungsprofil gesamthaft dahingehend zusammen, dass dieses einem Nischenarbeitsplatz entspreche (Stellungnahme vom 9. Januar 2018, IV-act. 306). Im für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit massgeblichen Zeitpunkt (vgl. dazu BGE 138 V 461 f. E. 3.3 f.) der Erstattung des Gutachtens vom 3. Januar 2018 war der Beschwerdeführer 60 1/2 Jahre alt.

6.4 Mit Blick auf die strenge bundesgerichtliche Rechtsprechung und die Massgeblichkeit des als ausgeglichen zu denkenden und auch Nischenarbeitsplätze umfassenden Arbeitsmarktes erscheint eine Verwertung der doch beträchtlichen Restarbeitsfähigkeit von 70% nicht ausgeschlossen. Die vorerwähnten gegebenen Umstände - fehlende Ausbildung, fortgeschrittenes Alter, Umstellung von der bisherigen selbständigen auf eine bisher noch nicht ausgeübte Art von unselbständiger Tätigkeit, somatisch und psychiatrisch über körperlich leichte Arbeiten hinaus deutlich eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil, Erforderlichkeit eines Nischenarbeitsplatzes - rechtfertigen jedoch gesamthaft einen Tabellenlohnabzug von 20%. Somit resultiert ein Invaliditätsgrad von 44% (1-[70% x 80%]).



6.5 Die Gutachter attestieren dem Versicherten im Gutachten vom 3. Januar 2018 in der bisherigen Tätigkeit als selbständiger Gartenbauer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 26. Oktober 2011. Sie stützen sich dabei auf die Angaben des Vorgutachtens der SMAB AG vom 9. April 2013 (IV-act. 305-29). Die damaligen SMAB-Gutachter hielten wiederum fest, dass bereits im MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2003 keine hinreichende Arbeitsfähigkeit mehr für körperlich schwere Tätigkeiten im Gartenbau attestiert worden sei (IV-act. 157-25). Auch im späteren MEDAS-Gutachten vom 28. Juni 2006 wurde überdies eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im Bereich des Gartenbaus bzw. für körperlich schwere Tätigkeiten, die ein längeres Stehen und Gehen voraussetzten, attestiert (IV-act. 107-14). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war somit im Zeitpunkt der Anmeldung am 27. Oktober 2011 bereits abgelaufen. Somit hat der Beschwerdeführer ab dem 1. April 2012 Anspruch auf eine Viertelsrente.

7.

7.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 13. März 2018 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2012 eine Viertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.2 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 im vorliegenden Fall 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 zurückzuzahlen.



7.3 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 13. März 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab 1. April 2012 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 vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist diesem zurückzuerstatten.

3.

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