



**Fall-Nr.:** IV 2018/177  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.10.2020  
**Entscheiddatum:** 11.12.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.12.2019**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG. Ein beweistaugliches MEDAS-Gutachten attestiert aufgrund einer mittelgradigen Depression eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Das Gutachten äussert sich zu den im anwendbaren strukturierten Beweisverfahren massgeblichen Standardindikatoren. Demgegenüber verneint die IV-Stelle einen relevanten Gesundheitsschaden und insbesondere gestützt auf eine eigene Indikatorenprüfung die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der diagnostizierten Depression. Die objektivierten somatischen Komorbiditäten (pneumologisch: Nichteignung für Berufe in staubbelasteter Umgebung, orthopädisch chronische Entzündung des Patellaansatzes) sind als ressourcenhemmende Faktoren zu berücksichtigen. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung ist auch rechtlich massgebend (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Dezember 2019, IV 2018/177).**

#### **Entscheid vom 11. Dezember 2019**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2018/177

Parteien

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



## St.Galler Gerichte

### Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach 29,  
8887 Mels,

gegen

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

### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 19. März 2010 bei der Invalidenversicherung (IV) wegen arbeitsabhängiger Rhinitis und Bronchitis sowie Kniebeschwerden zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der Versicherte arbeitete seit 1. August 2007 als Bodenleger bei der B.\_\_\_\_ (Angaben Arbeitgeberin vom 6. April 2010, IV-act. 11), wobei nach Angabe des Versicherten etwa ab Anfang 2009 Atemwegsbeschwerden aufgetreten waren (Gesprächsprotokoll Suva vom 5. Oktober 2009, Fremdakten, act. 1-161 ff.). Die Suva hatte die Beschwerden am 15. Dezember 2009 als Berufskrankheit anerkannt (Fremdakten, act. 1-127). Am 3. März 2010 hatte Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, der Suva berichtet, der Versicherte habe zunehmende Schmerzen beim Knien. Es bestehe eine Patella bipartita und eine massive knollige Verkalkung der Tuberositas tibiae bis Ligamentum patellae mit lokaler Osteoporose unterhalb des Ansatzes des Ligamentum patellae. Er nehme an, dass auch hier eine berufsbedingte Problematik durch das Knien vorliege (IV-act. 16-3 f.).

**A.b.** Am 21. April 2010 erfolgte im Spital D.\_\_\_\_ die Resektion der Exostose über der Tuberositas tibiae Knie links (Operationsbericht, Fremdakten, act. 1-18 f.; Austrittsbericht, Fremdakten, act. 1-31 f.).



**A.c.** Die Suva erliess am 8. Juli 2010 eine Nichteignungsverfügung, wonach der Versicherte rückwirkend ab 1. Mai 2010 für Tätigkeiten als Bodenleger sowie für Arbeiten mit Exposition zu Zementstaub nicht geeignet sei (Fremdakten, act. 1-48). Der Arbeitsarzt der Suva hielt am 9. Juli 2010 fest, dass zusätzlich (starke) Expositionen gegenüber Stäuben, Räuchen und Dämpfen gemieden werden sollten, vor allem solange der Versicherte eine antiasthmatische Therapie benötige und sich die Lunge noch nicht stabilisiert habe. Ausserhalb der Einschränkungen der Nichteignungsverfügung bestehe mit Rücksicht auf die Lungenproblematik ab 1. Mai 2010 eine volle Arbeitsfähigkeit (Fremdakten, act. 3-9; vgl. auch Mitteilung der Suva vom 2. August 2010, Fremdakten, act. 3-1 f.).

**A.d.** Gestützt auf eine Stellungnahme von Suva-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 31. August 2010 (Fremdakten, act. 4-24) lehnte die Suva am 8. September 2010 die Anerkennung der Kniebeschwerden als Berufskrankheit ab und attestierte dem Versicherten ab dem 2. Juli 2010 eine volle Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausser für kniende Tätigkeiten (Fremdakten, act. 4-1 f.). Nach erneuter ärztlicher Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ am 12. Oktober 2010 (Fremdakten, act. 6-5) erliess die Suva am 15. Oktober 2010 eine entsprechende Verfügung (Fremdakten, act. 6-1 f.), welche nach Rückzug einer Einsprache am 14. Juni 2011 (Fremdakten, act. 8-9) rechtskräftig wurde (vgl. Fremdakten, act. 8-3).

**A.e.** In einer beruflichen Standortbestimmung der Suva vom 14. Oktober 2010 wurde festgehalten, der Versicherte habe sich korrekt verhalten und erscheine transparent. Eine Leistungsbereitschaft für den beruflichen Wiedereinstieg sei aber nicht ersichtlich gewesen. Der Versicherte fühle sich aktuell wegen der Schmerzen nicht arbeitsfähig. Diskutiert wurden Tätigkeiten im Storenbau, als Chauffeur, Lagermitarbeiter oder Staplerfahrer (Fremdakten, act. 5). Vom 25. Oktober bis 17. Dezember 2010 absolvierte der Versicherte ein Einsatzprogramm im F.\_\_\_\_. Dabei wurde festgehalten, im Bereich Industrie seien zunehmende Beschwerden wegen des Staubes aufgetreten, die auch nach einem Wechsel in den Computerraum nicht gebessert hätten. Die Arbeit im Freien im Bereich Facility sei wegen der Knie nicht möglich. Ein staubfreier Arbeitsplatz sei nicht vorhanden gewesen. Wegen Arztbesuchen und ähnlichem bestehe keine 100 %ige Leistungsfähigkeit. Der Versicherte bewerbe sich im Bereich Fahrdienst (Schlussbericht vom 14. Dezember 2010, IV-act. 32). Der Suva-Arzt hielt Atemprobleme



## St.Galler Gerichte

beim Eingliederungsversuch als nachvollziehbar, da in der Halle auch eine Schreinerei integriert sei (Stellungnahme vom 3. Februar 2011, Fremdakten, act. 7-2).

**A.f.** Am 10. Februar 2011 schloss die Eingliederungsverantwortliche der IV ihren Fall ab wegen der subjektiven Überzeugung des Versicherten, nicht arbeitsfähig zu sein (IV-act. 36-4). Die IV-Stelle erliess am 18. Februar 2011 die Mitteilung, zurzeit seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen angezeigt (IV-act. 39). Der Versicherte äusserte sich am 5. März 2011, er wolle arbeiten, könne dies aber aus gesundheitlichen Gründen nicht (IV-act. 42).

**A.g.** Im Auftrag der Suva begutachtete Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, den Versicherten (Gutachten vom 12. Mai 2011, Fremdakten act. 8-10 ff.). Er diagnostizierte eine Ansatzdendinopathie am Patellaunterpol links, eine Peroneusparese links, eine abgetragene kartilaginäre Exostose an der Tuberositas links sowie eine mediale Meniskusläsion links. Nach Angabe des Versicherten seien nach der Rehabilitation die gleichen Schmerzen vorhanden wie präoperativ. Bei der Untersuchung finde man noch eine Schwellung in der Eingriffszone, der Hauptschmerz liege aber ausserhalb an der Patellaspitze. Daneben lägen eine Zehenheberschwäche vor und Sensibilitätsstörungen am linken Unterschenkel als Folge einer Peroneus Parese, die sich vor vielen Jahren entwickelt habe und seither stationär sei (Fremdakten, act. 8-14). Aktuell bestehe eine Behinderung durch die Ansatzentzündung im Knie, indem die Gehstrecke deutlich reduziert sowie das Treppengehen und Knien behindert seien (Fremdakten, act. 8-15).

**A.h.** Ab dem 28. März 2011 hatte der Versicherte ein Eingliederungsprogramm über das RAV (Orientierung - Kommunikation - Praktikum) absolviert. Im Kursbericht vom 21. Juni 2011 wurde im Wesentlichen ausgeführt, trotz intensiver Bemühungen habe kein Praktikumsplatz gefunden werden können, der beiden Einschränkungen Rechnung trage. Reinraumarbeiten für unqualifizierte Personen seien vorwiegend stehend auszuüben. In der Produktion, wo sitzende Tätigkeiten vorhanden seien, seien die Lungenbeschwerden das Hindernis. Für eine Bürotätigkeit sei der Versicherte ohne berufsqualifizierende Ausbildung chancenlos (IV-act. 48). Eine berufliche Abklärung in der Rehaklinik Bellikon scheiterte, da der Versicherte die Arbeit wegen zu starkem Werkstattgeruch nicht aufnehmen konnte. Der Auftrag wurde abgeschlossen (Bericht



## St.Galler Gerichte

vom 6. September 2011, IV-act. 51). Der behandelnde Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Pneumologie, hielt im Bericht vom 6. September 2011 fest, subjektiv habe sich der Zustand des Versicherten in den letzten zwei bis drei Wochen verschlechtert. Er beklage blutigen Auswurf und ständiges Husteln. Pulmonal bestünden unverändert asthmatische Beschwerden, sobald er irgendwelchen Dämpfen oder Gerüchen ausgesetzt sei, auch in der Küche. Auch körperliche Belastungen toleriere er schlecht, möglicherweise im Rahmen einer sich etablierenden Dekonditionierung (Fremdakten, act. 9-8).

**A.i.** Der Arbeitsarzt der Suva beurteilte am 6. September 2012 die Zumutbarkeit. Er führte aus, es lägen nicht nur pulmonal, sondern auch orthopädisch und offensichtlich psychisch bzw. psychosomatisch einschränkende Faktoren vor. Trotz einer eigentlich normalen Lungenfunktion komme aufgrund einer bereits durch leichte Belastungen ausgelösten Dyspnoe bzw. bronchialen Hyperreagibilität nur eine Arbeit mit leichter körperlicher Belastung und ohne jegliche lungenreizende Einflüsse bzw. in trockener und sauberer Umgebung in Frage. Diese sei grundsätzlich vollschichtig möglich. Daneben bestehe aufgrund der Einschränkung durch die Kniearthrose die Notwendigkeit einer eher sitzenden Arbeit (Fremdakten, act. 12-8 f.).

**A.j.** Mit Verfügung vom 30. Oktober 2014 (rechtmässig eröffnet am 5. November 2014, IV-act. 93-1 f.) sprach die Suva dem Versicherten eine Invalidenrente von 13 % zu unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Tabellenlohnabzugs von 10 %. Neben der berufskrankheitsbedingten Atemwegsproblematik lägen psychogene Faktoren vor. Diesbezügliche Leistungen entfielen mangels eines adäquat kausalen Zusammenhangs mit dem versicherten Ereignis (IV-act. 93-3 ff.). Dagegen erhob der Versicherte Einsprache (Fremdakten, act. 19).

**A.k.** Die Suva liess im Folgenden den Versicherten durch Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ pneumologisch begutachten (Gutachten vom 20. Mai 2016, Fremdakten, act. 33, Untersuch 27. April 2016). Dieser legte im Wesentlichen dar, eine asthmatische Erkrankung sei unwahrscheinlich (Fremdakten, act. 33-13). Im aktuellen CT finde sich keine relevante Pathologie der Atemwege oder des Lungenparenchyms. Eine berufsabhängige Lungenerkrankung, welche die Beschwerden erkläre, liege nicht vor. Die geklagten Beschwerden seien diskrepant zu den erhobenen Befunden. Anlässlich



der Untersuchung habe der Versicherte in einem Ausmass gehustet, das er selbst bei Patienten mit ausgeprägten Bronchialpathologien kaum sehe. Auch das hinkende Gehen am Stock habe einen ausgesprochen demonstrativen Eindruck gemacht. Der Versicherte könne ganztags und zu 100 % allen Tätigkeiten nachgehen, die nicht mit einer Exposition gegenüber bronchial irritativen Stäuben, Gasen oder Dämpfen einhergingen (Fremdakten, act. 33-14 f.). Am 23. Juni 2016 drohte die Suva, Bereich Einsprachen, dem Versicherten eine reformatio in peius an, da bei korrektem Einkommensvergleich gestützt auf das Gutachten von Prof. I.\_\_\_\_ lediglich ein Invaliditätsgrad von 9 % bestehe (Fremdakten, act. 39). Daraufhin zog der Versicherte seine Einsprache zurück (Fremdakten, act. 43)

**A.I.** Dr. med. J.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Verlaufsbericht vom 22. November 2016 fest, zusätzlich zur pulmologischen und den rheumatologischen Diagnosen bestehe eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F43.21). Diese äussere sich durch eine depressive Bedrückung, kognitive und psychomotorische Verlangsamung, Antriebsschwäche, rasche Ermüdbarkeit, sozialen Rückzug, reduzierte Aufmerksamkeitsspannung und gedankliche Einengung auf Krankheitssituation. Der Versicherte sei in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 79).

**A.m.** Nach einer Stellungnahme des RAD vom 2. Dezember 2016 (IV-act. 80) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, er habe sich einer bidisziplinären (Rheumatologie/ Psychiatrie) Begutachtung zu unterziehen (IV-act. 82), worauf der Versicherte am 16. Februar 2017 geltend machte, er sei auch pneumologisch zu begutachten, zumindest soweit dies die vorgesehenen Gutachter als notwendig erachteten (IV-act. 84). Gestützt auf eine Stellungnahme des RAD vom 9. März 2017, wonach dem Antrag nicht stattzugeben sei, da das vorhandene Gutachten von Prof. I.\_\_\_\_ aktuell und kompetent sei (IV-act. 89), wies die IV-Stelle den Antrag mit Zwischenverfügung vom 9. März 2017 ab (IV-act. 90). Gegen diese erhob der Versicherte am 3. April 2017 Beschwerde (IV-act. 91-2 ff.), worauf sie die IV-Stelle nach Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 16. Mai 2017 (IV-act. 104) am 16. Mai 2017 widerrief (IV-act. 106) und das Versicherungsgericht das hängige Beschwerdeverfahren am 12. Juni 2017 abschrieb (IV 2017/132; IV-act. 109).



**A.n.** Im Gutachten der medexperts AG St. Gallen vom 19. Oktober 2017 (Dr. med. K.\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr. med. L.\_\_\_, Pneumologie; Dr. med. M.\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. N.\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Untersuchungen 25., 27. und 28. September 2017; IV-act. 126) kamen die Gutachter zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), die sich vermindern auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (IV-act. 126-38 f., 56 f.). Der Versicherte sei seit Anfang 2016 in der bisherigen Tätigkeit und in adaptierten Verweistätigkeiten zu 40 % arbeitsunfähig (IV-act. 126-39 f., 57). Starker Leistungs- und Zeitdruck seien zu vermeiden (IV-act. 126-40). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in der früheren Tätigkeit als Bodenleger eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Adaptierte, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne regelmässiges Heben über 10 kg, gelegentlich über 15 kg, in schadstofffreier bzw. schadstoffarmer Luft ohne Hocken, Knien oder Kauern seien seit 12. Mai 2011 (Gutachten Dr. G.\_\_\_) zu 100 % und seit Anfang 2016 zu 60 % möglich (IV-act. 126-57 f.).

**A.o.** RAD-Arzt Dr. med. O.\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, nahm nach Rücksprache mit RAD-Ärztin Dr. med. P.\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 2. November 2017 im Wesentlichen Stellung, die aus gutachterlicher Sicht indizierten und zumutbaren Behandlungsoptionen seien noch nicht ausgeschöpft. Aus medizintheoretischer Sicht könne davon ausgegangen werden, dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit innert nützlicher Frist möglich sei (IV-act. 130).

**A.p.** Mit Vorbescheid vom 16. November 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens. Zusammenfassend führte sie aus, dass die bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen für die invalidenversicherungsrechtliche Anerkennung erforderliche Therapieresistenz vorliegend nicht gegeben sei (IV-act. 133).

**A.q.** Mit Einwand vom 18. Januar 2018 und gestützt auf eine Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_ vom 22. Dezember 2017 machte der Versicherte im Wesentlichen geltend, das Gutachten setze sich nicht mit den kumulativen Auswirkungen der einzelnen Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit auseinander. Die Beurteilung des pneumologischen Gutachters sei nicht korrekt. Die für die verbleibende Arbeitsfähigkeit



## St.Galler Gerichte

aufgestellten Adaptationskriterien seien nicht realisierbar. Die Staubempfindlichkeit werde supprimiert. Nach der geänderten Rechtsprechung bestehe auch in einer adaptierten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % (IV-act. 139).

**A.r.** RAD-Arzt Dr. O.\_\_\_\_ äusserte sich am 23. März 2018, eine konsensuelle Beurteilung der Gutachter sei klar und eindeutig ersichtlich. Er legte dar, dass aus pneumologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Die Befunde und Diagnosen der orthopädischen Gutachterin beruhten auf aktuellen bildgebenden Dokumenten und auf einer fachärztlich fundierten Untersuchung (IV-act. 141).

**A.s.** Der Rechtsdienst der IV-Stelle führte in einer Stellungnahme vom 12. April 2018 aus, nachdem das Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode bejaht habe, sei im Lichte der Indikatoren zu prüfen, ob die bescheinigte Arbeitsfähigkeit auch rechtlich relevant sei. Die medizinische Aktenlage erlaube eine schlüssige Beurteilung im Lichte der Standardindikatoren. Gesamtbetrachtend sei eine ressourcenhemmende Wirkung des nicht adäquat behandelten depressiven Leidens nicht ausgewiesen. Damit bestehe kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden (IV-act. 142).

**A.t.** Mit Verfügung vom 16. April 2018 wies die IV-Stelle das Rentengesuch unter Wiedergabe der Stellungnahmen des RAD vom 23. März 2018 und des Rechtsdienstes vom 12. April 2018 ab (IV-act. 143).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 16. April 2018 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Braun, am 15. Mai 2018 Beschwerde erheben. Er beantragt nebst der unentgeltlichen Prozessführung, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Das der angefochtenen Verfügung zugrunde liegende Gutachten der medexperts AG vom 19. Oktober 2017 sei weder umfassend noch schlüssig. Eine genügende konsensuelle Beurteilung fehle. Er leide an drei relevanten Krankheiten, die sich zusammen stärker auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, als es der Summe der durch die



einzelnen Leiden verursachten Arbeitsunfähigkeiten entspreche. Die Suva gehe alleine aufgrund der pulmonalen Symptomatik von einem Invaliditätsgrad von 13 % aus. Der pneumologische Gutachter habe die pulmonale Symptomatik salopp als inexistent beurteilt, obwohl das Leitsymptom - persistierender Husten mit auffälligen blutigen Auswürfen - nach wie vor bestehe und eine nach wie vor gültige Nichteignungsverfügung vorliege. Er leide auch weiterhin an Beschwerden am linken Knie, die ebenfalls nicht kausal behandelbar seien. Dem Gutachten lasse sich auch keine orthopädische Beurteilung der Befunde und der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen. Aus psychiatrischer Sicht sei er angestammt und adaptiert zu 40 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdegegnerin setze sich mit ihrer eigenen Indikatorenprüfung zu Unrecht über die Beurteilung der Gutachter hinweg. Effektiv bestünden erhebliche Komorbiditäten. Auch die erforderliche Konsistenzprüfung sei im Gutachten enthalten. Die für die verbleibende Arbeitsfähigkeit aufgestellten Adaptationskriterien seien nicht realisierbar. Abgesehen davon werde die Staubempfindlichkeit supprimiert. Selbst wenn auf das Gutachten der medexperts abgestellt werde, sei dem Einkommensvergleich eine Arbeitsunfähigkeit von 40% zugrunde zu legen. Das Invalideneinkommen sei analog zur Suva ausgehend von einem Jahreseinkommen von Fr. 57'023.-- (2014) bzw. Fr. 59'543.-- (2015) zu bemessen. Weiter sei ein Leidensabzug vorzunehmen (act. G 1).

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 28. Juni 2018, die Beschwerde sei abzuweisen. Sie macht im Wesentlichen geltend, das Gutachten enthalte eine konsensuelle Beurteilung. Es berücksichtige alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und fasse sie in ein Gesamtergebnis. Anhaltspunkte, dass die stattgefundenen Untersuchungen nicht lege artis erfolgt sein könnten, fehlten. Der Beschwerdeführer begründe nicht, weshalb die pneumologische Beurteilung nicht korrekt sei bzw. inwiefern das vom pneumologischen Experten formulierte Zumutbarkeitsprofil nicht schlüssig sein sollte. In der angefochtenen Verfügung werde ausführlich und schlüssig aufgezeigt, weshalb auf die im Gutachten aus psychiatrischer Sicht mit der mittelgradigen depressiven Episode begründete Arbeitsunfähigkeit von 40 % aus rechtlicher Sicht nicht abgestellt werden könne. Ein zu Unrecht erfolgtes Abweichen vom Gutachten liege nicht vor, denn die körperlichen



Komorbiditäten wirkten sich zwar qualitativ aus, schränkten aber die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht ein und hätten demzufolge keine ressourcenhemmende Wirkung. Gesamtbetrachtend sei eine ressourcenhemmende Wirkung des nicht adäquat behandelten depressiven Leidens nicht ausgewiesen. Demnach liege beim Beschwerdeführer kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor (act. G 4).

**B.c.** Die Abteilungspräsidentin genehmigt am 2. August 2018 das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverbeiständung; act. G 5).

**B.d.** Mit Replik vom 30. August 2018 bringt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, das Gutachten enthalte kein Gesamtergebnis, sondern zitiere lediglich die Erkenntnisse aus den einzelnen Fachgutachten. Die Beschwerdegegnerin widerspreche sich selbst, wenn sie das Gutachten einerseits als beweiskräftig ansehe und andererseits von der psychiatrischen Beurteilung abweiche. Sie nehme zu Unrecht eine parallele Indikatorenprüfung vor und gebe nicht an, welche Feststellungen der Gutachter unzutreffend gewesen seien. Insbesondere seien Komorbiditäten ausgewiesen, die sich auch auf die Leistungsfähigkeit auswirkten. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Indikatorenprüfung sei selektiv. Den Behandlungsempfehlungen der psychiatrischen Gutachterin werde ein Gewicht beigemessen, das von dieser so nicht formuliert worden sei. Die psychiatrische Gutachterin habe die psychosozialen Faktoren angesprochen und als invaliditätsfremd ausgeklammert. Die Beschwerdegegnerin übergehe auch die Beeinträchtigung in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Gruppenfähigkeit (act. G 7).

**B.e.** Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 17. September 2018 auf eine Duplik (act. G 9).



### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

**1.3.** 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. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

**1.4.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

**1.5.** Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Das Gericht hat 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.

Zunächst ist über die Beweistauglichkeit des Gutachtens der medexperts AG vom 19. Oktober 2017 zu befinden.

**2.1.** Zum Aufbau des Gutachtens ist anzumerken, dass die orthopädische Beurteilung, da sie Hauptdisziplin ist, im Anschluss an die einzelnen Fachgutachten und zusammen



mit der Rekapitulation der Beurteilungen der anderen Fachgebiete erfolgt (IV-act. 126-53 ff.). Dass die eigentliche polydisziplinäre Beurteilung lediglich einen Abschnitt umfasst (IV-act. 126-57), erklärt sich damit, dass lediglich in psychiatrischer Hinsicht eine Arbeitsunfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten attestiert wird.

### 2.2.

**2.2.1.** Der Beschwerdeführer schilderte, seit etwa 15 bis 20 Jahren leide er an zunehmenden lumbalen, manchmal auch cervikalen, über den Nacken bis in den Kopf ausstrahlenden Schmerzen. Nach der Exostosenentfernung im April 2010 leide er unter ausgeprägten Schmerzen im linken Knie. Die maximale Gehstrecke betrage einen Kilometer. Er gehe links hinkend, benutze seit Jahren eine Unterarmgehstütze. Seither hätten die cervikalen und lumbalen Rückenschmerzen zugenommen. Er könne nicht schwer heben oder schwere Tätigkeiten ausführen. Der linke Arm schmerze bei grösseren körperlichen Einsätzen mit Ausstrahlung bis in die Schulter (IV-act. 126-31, 41, 43). Die orthopädische Gutachterin erhob Druckdolenz und schmerzhaftes Bewegungseinschränkungen an der HWS, der linken Schulter, der LWS, im linken Kniegelenk lateral der Patella und am linken OSG. Weiter stellte sie eine leichte Peroneus-Parese und eine Grosszehenheberparese links fest. Das Gangbild ohne Unterarmgehstock sei leicht hinkend (IV-act. 126-32, 55 f.). Die Röntgenaufnahmen vom 28. September 2017 zeigten eine moderate Osteochondrose und Begleitspondylose (Retrospondylose), eine leichte Uncovertebralarthrose HWK 6/7, weniger ausgeprägt HWK 7/BWK 1, eine leichte linksbetonte Spondylarthrose LWK 5/SWK 1, eine leichte Spondylose LWK 1/2, diskrete Osteochondrosen LWK 3/4 und LWK 4/5, eine Patella bipartita in zentrierter Position, einen diskreten kranialen Patellasporn, eine leichte Zuspitzung der Eminentia intercondylica sowie eine Verdickung der infrapatellären Weichteile prätibial (IV-act. 126-33 f., 56 und IV-act. 127-5). Die orthopädische Gutachterin führte aus, mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein cervikolumbales Schmerzsyndrom bei mässigen degenerativen Veränderungen sowie eine endgradige Einschränkung der Beugefähigkeit des linken Kniegelenks ohne radiologisch feststellbare Gonarthrose, mit leichter Zehenheberparese (IV-act. 126-51, 56). Die anamnestisch beklagten Schmerzen am Knie rechts, der linken Schulter sowie an beiden OSG seien klinisch und radiologisch aktuell unauffällig (IV-act. 126-51, 56). Aus orthopädischer Sicht bestehe für die zuletzt ausgeführte, vorwiegend hockende, körperlich schwere Tätigkeit als Plattenleger eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Sonstige leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer ohne wesentliche Einschränkungen



zuzumuten. Es bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Kniende oder hockende Tätigkeiten sollten nicht ausgeführt werden (IV-act. 126-56).

**2.2.2.** Dr. G.\_\_\_\_ hatte in seinem Gutachten vom 12. Mai 2011 mit Bezug auf die Kniebeschwerden festgehalten, aktuell bestehe eine Behinderung durch die Sehnenansatzentzündung im Knie, indem die Gehstrecke deutlich reduziert sei und das Treppengehen und Knien behindert. Diese sei bisher lokal unzureichend behandelt worden. Die festgestellte, nicht durchgehende mediale Meniskusläsion sowie die Peroneus Parese seien nicht symptomatisch bzw. wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (Fremdakten, act. 8-15). Indem die orthopädische Gutachterin der medexperts AG nach wie vor die gleiche ausschliesslich qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annimmt wie Dr. G.\_\_\_\_, geht sie offenbar davon aus, dass sich der Zustand in orthopädischer Hinsicht, insbesondere hinsichtlich des linken Kniegelenks, nicht wesentlich verändert, insbesondere nicht verschlimmert hat. Dies erscheint nachvollziehbar. Aus den Akten geht indes hervor, dass die Schmerzen im linken Knie inzwischen chronisch geworden sind, was im Rahmen der nachfolgenden Indikatorenprüfung zu berücksichtigen ist (vgl. E. 3.2.1). In Bezug auf die Rückenbeschwerden hatte Dr. G.\_\_\_\_ klinisch einen unauffälligen Befund erhoben und keine Diagnose gestellt (Fremdakten, act. 8-13 f.). Hier diagnostizierte die orthopädische Gutachterin ein cervicolumbales Schmerzsyndrom bei mässigen degenerativen Veränderungen. Sie befand, dieses habe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, und berücksichtigte es demzufolge, mass ihm aber implizit keine Auswirkung auf die quantitative Arbeitsfähigkeit zu. Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, hatte dem Beschwerdeführer am 4. November 2014 eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % in einer leichten, angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Staubexposition sowie ohne Knien und längeres Gehen attestiert (IV-act. 64). Inwieweit die quantitative Einschränkung auf die Knie- und Rückenbeschwerden und inwieweit sie auf die pulmonal reduzierte Belastbarkeit zurückgeführt wird, geht aus dem ärztlichen Zeugnis nicht hervor, zumal sich die Adaptationskriterien nicht auf das rheumatologische Fachgebiet beschränken. Die von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen - namentlich die Rückenbeschwerden und die inzwischen chronifizierte Sehnenansatzentzündung im linken Knie - wurden von der orthopädischen Gutachterin berücksichtigt, indem sie im Zumutbarkeitsprofil kniende und hockende Tätigkeiten ausschliesst (IV-act. 126-56). Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein orthopädischer oder rheumatologischer Sicht wurde für den Beschwerdeführer nie bestätigt. Dies gilt auch für das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_, das keine ausdrückliche quantitative Einschätzung



der Arbeitsfähigkeit enthält und sich hauptsächlich auf die Kniebeschwerden und deren Ätiologie bezieht. Der Suva-ärztlichen Beurteilung vom 6. September 2012 (Fremdakten, act. 12-8 f.), welche das Zumutbarkeitsprofil auch diesbezüglich einschränkte, liegt die Annahme einer Kniearthrose zugrunde, wogegen im Gutachten vom September 2017 bildgebend eine wesentliche Gonarthrose ausgeschlossen wird (IV-act. 126-34).

### 2.3.

**2.3.1.** Der Beschwerdeführer beklagte sich sodann über einen seit 2005 bestehenden, lästigen Husten ohne Auswurf, meist in staubiger Umgebung und bei Dampfexposition, über ein ständiges Brennen im Thorax, über einen Reizhusten mit manchmal blutigem Sputum und eine variable Atemnot und Kratzen und Pfeifen im Hals. Schlimm seien die Beschwerden bei Kälte und Föhnlagen. Daneben bestünden Symptome einer Rhinitis. Die Beschwerden hätten seit dem Erlass der Nichteignungsverfügung nicht abgenommen (IV-act. 126-43, 47). Im pneumologischen Gutachten wurde festgehalten, die Messungen der Lungenfunktion würden vor allem in den Jahren der Arbeitslosigkeit - 2013 bis 2015 - diskrepante Schwankungen aufweisen. Aufgrund der Kommentare (von Dr. H.\_\_\_\_) sei davon auszugehen, dass diese auf unzureichende Kooperation zurückzuführen seien. Anlässlich der Untersuchung resultierte bei guter Kooperation eine unauffällige Lungenfunktion. Auch die übrigen pulmonalen Befunde waren normal, wobei während der ganzen Untersuchung ein Räusperhusten aufgefallen sei. Objektiv sei keine relevante pulmonale/bronchiale Krankheit vorhanden. Ein relevantes Asthma sei auszuschliessen. Rein deskriptiv müsse die Diagnose einer chronischen Bronchitis gestellt werden (IV-act. 126-48 f.). Im Rahmen der Nichteignungsverfügung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bodenleger. Für alle anderen zumutbaren, körperlich auch schweren Arbeiten in schadstofffreier bzw. schadstoffarmer Luft bestehe pneumologisch eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 126-50).

**2.3.2.** Die bronchialen Beschwerden waren schon von Beginn an schwierig zu objektivieren und einer Diagnose zuzuordnen. So vermerkte Dr. H.\_\_\_\_ bereits im Bericht vom 18. November 2009, es finde sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerden, dem aufgezeichneten Peak-flow und der gemessenen, völlig normalen Lungenfunktion (Fremdakten, act. 1-138 f.). Die Symptomatik bzw. der Befund verbesserte und verschlechterte sich jeweils vorübergehend (Berichte Dr. H.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2009, vom 17. September 2010, vom 8. Dezember 2013, vom 27. Juni 2014 und vom 25. Oktober 2016, Fremdakten, act. 1-114 f., act. 6-18 f.,



act. 16-53, act. 16-14, act. 65). Die Lungenfunktion und die Reagibilität waren, phasenweise nach Anwendung der Medikation, grösstenteils im normalen Bereich (vgl. Berichte Dr. H. \_\_\_ vom 17. September 2010, vom 24. Januar 2011, vom 6. September 2011, vom 6. Juni 2012, vom 8. Dezember 2013, vom 27. Juni 2014 und vom 25. Oktober 2016, Fremdakten, act. 6-18 f., act. 7-3 f., act. 9-8 f., act. 7-3 f., act. 12-25, act. 16-53 und act. 65; Bericht der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des KSSG vom 3. Mai 2017, IV-act. 116). In den Bronchoskopen liessen sich jeweils Hinweise auf eine leichte Bronchitis erheben (Berichte vom 11. Dezember 2009, Fremdakten, act. 1-117, und vom 14. April 2014, Fremdakten, act. 16-31). Somit lassen sich die Diagnosen einer irritativen Bronchialobstruktion (Bericht Dr. H. \_\_\_ vom 25. Oktober 2016, Fremdakten, act. 65) bzw. einer Bronchopathie oder einer Reactive Airways Dysfunction (Bericht Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des KSSG vom 3. Mai 2017, IV-act. 116) nachvollziehen. Ein den andauernden Husten erklärender Befund liess sich bis anhin weder durch die Gutachter noch den behandelnden Pneumologen erheben, weshalb er für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden kann. Somit ist nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer pulmonaler Sicht ausschliesslich in qualitativer Hinsicht (vor allem staub- und rauchfreier Arbeitsplatz) eingeschränkt ist. Dr. H. \_\_\_ attestierte lediglich für körperlich mittelschwere bis schwere Arbeiten eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 % (ärztliches Zeugnis vom 28. Oktober 2014, IV-act. 66). Hierbei ist zudem zu berücksichtigen, dass er als Behandler eine andere Optik und Aufgabe einnimmt als ein zur strikter Ausscheidung invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanter Faktoren verpflichteter Gutachter (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C\_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen, BGE 135 V 470, E. 4.5, Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen, 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).

## 2.4.

**2.4.1.** Die psychiatrische Gutachterin beschrieb im Befund mässige bis mittelgradige Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, eine Grübeltendenz, eine niedergeschlagene Grundstimmung, eine deutlich herabgesetzte Schwingungsfähigkeit, ausgeprägte Existenzängste, erhebliche Insuffizienzgefühle, Vitalgefühlsstörungen, eine Antriebsminderung, Gleichgültigkeit, Affektlabilität und einen - nicht ausgeprägten - sozialen Rückzug (IV-act. 126-36 f.). Aktuell bestehe eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), die sich vermindern auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auswirke (IV-



act. 126-38 f., 56 f.). Diese sei zum Teil durch die somatischen Erkrankungen ausgelöst worden, habe sich aber längst verselbständigt und müsse als eigenständige Diagnose anerkannt werden. Invaliditätsfremde Faktoren wie schwierige finanzielle Lage, mangelhafte Sprachkenntnisse, fehlende Berufsausbildung und das Alter mit weniger Berufschancen spielten eine grosse Rolle für die Aufrechterhaltung der Symptomatik (IV-act. 126-37). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 40 %ige Arbeitsunfähigkeit seit Beginn 2016 in der bisherigen Tätigkeit und in adaptierten Verweistätigkeiten (IV-act. 126-39 f., 57). Starker Leistungs- und Zeitdruck seien zu vermeiden (IV-act. 126-40).

**2.4.2.** Der behandelnde Dr. J.\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F43.21; Verlaufsbericht vom 22. November 2016, IV-act. 79). Sowohl die begutachtende Psychiaterin als auch der behandelnde Psychiater diagnostizieren somit eine affektive Störung mittelgradiger Ausprägung. Aus Sicht der Gutachterin ist die von Dr. J.\_\_\_\_ angenommene vollständige Arbeitsfähigkeit mit der Diagnose einer Anpassungsstörung unvereinbar (IV-act. 126-41). Dem ist zuzustimmen bzw. es ist davon auszugehen, dass Dr. J.\_\_\_\_ in seiner Einschätzung auch die somatischen Leiden berücksichtigt, zumal er bei der Beantwortung der Frage nach der Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit explizit auf diese hinweist.

**2.5.** Das Gutachten berücksichtigt die geschilderten Beschwerden und Vorakten vollständig. Die einzelnen Befunde und Diagnosen und die aus Sicht der einzelnen Disziplinen attestierten Arbeitsfähigkeiten in angepassten Tätigkeiten erscheinen nachvollziehbar und schlüssig. Mit Blick auf die diagnostizierte Depression ist die relevante Arbeitsfähigkeit nach dem strukturierten Beweisverfahren bzw. unter Berücksichtigung der massgeblichen Indikatoren festzulegen. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 309 E. 8; BGE 137 V 266 E. 6). Vorliegend hat sich die psychiatrische Gutachterin zu den nach neuer Rechtsprechung wesentlichen Punkten geäussert (IV-act. 126-37 ff.), ist dabei allerdings zu einem anderen Schluss gekommen als die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (act. G 4). Darauf ist im Folgenden einzugehen.



### 3.

**3.1.** Die psychiatrische Gutachterin grenzt mitbeteiligte psychosoziale Belastungsfaktoren wie eine schwierige finanzielle Lage, mangelhafte Sprachkenntnisse, fehlende Berufsausbildung und das Alter des Beschwerdeführers ab. Aus psychiatrischer Sicht bestehen unter anderem mittelgradige kognitive Defizite, eine Niedergeschlagenheit und Gleichgültigkeit. Die Ausprägung ist gemäss der Gutachterin mittelschwer (IV-act. 126-37).

**3.2.** Neben den psychisch bedingten Einschränkungen bestehen auch Beeinträchtigungen somatischer Natur aufgrund der Atemwegs- und der Knieproblematik. Die Beschwerdegegnerin macht mit Verweis auf ein bundesgerichtliches Urteil (vom 7. März 2018, 8C\_449/2017, E. 4.3.3) geltend, die körperlichen Komorbiditäten seien nicht ressourcenhemmend zu berücksichtigen, da sie die Arbeitsfähigkeit lediglich qualitativ, nicht aber in einer adaptierten Tätigkeit einschränken (act. G 4, Ziff. 8). Diese Aussage wird im angerufenen Urteil nicht weiter begründet. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung hat sich mehrfach dahingehend geäussert, dass als ressourcenhemmende Komorbiditäten auch psychische oder somatische Leiden in Betracht fallen, die für sich alleine nicht einen invalidisierenden Schweregrad aufweisen (vgl. BGE 143 V 430, E. 8.1; Urteile des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2018, 8C\_198/2018, E. 3.4.3, vom 24. Oktober 2018, 9C\_495/2018, E. 4.2.2, vom 19. Juni 2018, 9C\_651/2017, E. 4.2.2, und vom 9. Mai 2019, 9C\_865/2018, E. 4.3.3). Demnach ist vorliegend zu prüfen, inwieweit die somatischen Beschwerden sich ressourcenhemmend auswirken. Dabei sind sie jedoch nur insoweit zu berücksichtigen, als sie medizinisch konsistent objektiviert bzw. diagnostiziert werden konnten.

**3.2.1.** Die Knie- und Rückenschmerzen konnten lediglich in einem Ausmass objektiviert werden, aufgrund dessen körperlich schwere Tätigkeiten und solche im Hocken, Knien und Kauern unzumutbar sind, nicht aber das Gehen oder Stehen. Aus den Akten ergibt sich, dass die orthopädisch objektivierten Rücken- und Kniebeschwerden chronifiziert bzw. weitgehend therapieresistent sind: Der Beschwerdeführer war im Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vorgestellt worden und hatte dort ein Gruppenprogramm zur Entwöhnung vom Gehstock mit lediglich teilweisem Erfolg absolviert (Bericht vom 6. Mai 2013, Fremdakten, act. 14-15). Auch seitens der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG wurde der chronische beziehungsweise mehr oder weniger austerapierte Charakter des Schmerzes nach



Physiotherapien und Infiltrationen hervorgehoben (Bericht vom 14. März 2017, IV-act. 115). Schliesslich bezeichnete Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, die ganze neuromuskuloskelettale Problematik als chronifiziert und therapieresistent. Er hielt fest, das MRI des linken Kniegelenks vom 16. Januar 2016 zeige immer noch eine entzündliche Aktivität entlang des Ligamentum patellae und im Bereich der Bursa infrapatellaris. Zudem liege gemäss MRI LWS vom 14. September 2015 ein chronisches, weitgehend therapieresistentes lumbospondylogenes Syndrom vor bei Status nach Morbus Scheuermann und mässigen degenerativen Veränderungen ohne signifikante Beeinträchtigung neuraler Strukturen (Bericht vom 26. Juli 2016, IV-act. 94-1 f.). Der Beschwerdeführer nimmt stärkere analgetische Medikamente ein (vgl. Gutachten medexperts vom 19. Oktober 2017: Novalgin 2 x 500 mg, Olfen duo release, ferner Condrosulf 800, IV-act. 126-44, 49). Der benutzte Gehstock weist Abnützungen auf (IV-act. 126-32). Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer durch die Schmerzen, soweit sie objektiviert sind, auch bei der Ausübung angepasster Tätigkeiten beeinträchtigt ist, wenngleich sie die Arbeitsfähigkeit für sich alleine nicht in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise quantitativ einschränken. Als Komorbidität sind sie daher dennoch relevant.

**3.2.2.** Ähnlich verhält es sich mit den Atembeschwerden: Sie sind in dem Masse objektivierbar, als sie als Symptom der diagnostizierten chronischen leichten Bronchitis objektivierbar sind. Für sich alleine betrachtet rechtfertigen sie keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Mit Bezug auf die Ressourcen sind sie jedoch als Komorbidität umso mehr zu berücksichtigen, als der Beschwerdeführer nicht irritierenden Substanzen ausgesetzt werden darf.

**3.3.** Der Beschwerdeführer ist seit ca. Herbst 2016 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, anfangs in zweiwöchentlichem, im Zeitpunkt der Begutachtung in monatlichem Rhythmus. Das verordnete Trittico und ein Schlafmittel habe er einen Monat vor der Begutachtung abgesetzt, da er trotz dieser Medikamente nicht habe schlafen können (IV-act. 126-34). Die psychiatrische Gutachterin führte aus, die aktuelle (psychiatrische) Behandlung sei in Anbetracht der Ausprägung der Depression nicht lege artis. Sie habe den Beschwerdeführer überzeugen können, dass sich die depressive Symptomatik unter zuverlässiger Einnahme eines ausreichend dosierten Antidepressivums verbessern liesse (IV-act. 126-38). Seitens der Persönlichkeit werden nirgends Beeinträchtigungen aufgeführt. Die psychiatrische Gutachterin hielt sodann fest, der Versicherte habe seit dem 14. Altersjahr für seine Ursprungsfamilie und für seine eigene Familie gearbeitet und leide darunter, dass dies nicht mehr möglich sei. Andererseits sehe er sich zum Teil als Opfer seiner Arbeit, was



seine passive Erwartungshaltung gegenüber der IV verstärkte (IV-act. 126-37, 56). Er verfüge nicht über viele Kontakte, da seine Angehörigen nicht vor Ort wohnten und die Kontakte zu ehemaligen Arbeitskollegen im Verlauf der Zeit seltener geworden seien. Er kümmere sich hauptsächlich um seinen Sohn und gehe spazieren (IV-act. 126-39). Aktuell sozial belastend seien die Partnerschaftssituation und die knappe finanzielle Situation. Die persönlichen und sozialen Ressourcen seien knapp bemessen. Weder der Versicherte noch seine Partnerin erhielten Unterstützung durch weitere Familienangehörige (IV-act. 126-38, 56). Gemäss Mini-ICF-APP sei die Planung und Strukturierung von Aufgaben leicht, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mittelgradig, Durchhaltefähigkeit schwer, Kontakt- und Gruppenfähigkeit leicht und die Fähigkeiten zu familiären bzw. intimen Beziehungen und Spontanaktivitäten mittelgradig beeinträchtigt (IV-act. 126-39, 58). Die Gutachterin verneinte aus psychiatrischer Sicht eine Aggravation oder Symptomverdeutlichung klar (IV-act. 126-37, 56). Es hätten keine Diskrepanzen zwischen den knapp geschilderten psychischen Beschwerden und dem Verhalten in der Untersuchungssituation festgestellt werden können (IV-act. 126-39, 57). Allerdings bezeichnet die Gutachterin die Motivation, die aktuelle Lage zu ändern, als eher gering, wie schon 2010 - 2011, wo der Beschwerdeführer gegen die Eingliederungs- bzw. Leistungsfähigkeitsbestimmungsmassnahmen Widerstand gezeigt habe (IV-act. 126-38, 56). Andererseits ist die unzureichende Behandlung nicht auf mangelnde Compliance zurückzuführen und somit kein gewichtiger Hinweis auf einen fehlenden psychischen Leidensdruck.

**3.4.** Zusammenfassend berücksichtigt die polydisziplinäre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer adaptierten Tätigkeit - körperlich nicht schwer, ohne regelmässige bzw. mehr als gelegentliche Gewichtsbelastung von 10 kg bzw. 15 kg, ohne Hocken, Knien oder Kauern, in schadstofffreier bzw. -armer Luft - die Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens. Sie klammert die subjektiven Beschwerden aus, soweit sie nicht konsistent objektivierbar sind. Entsprechend wird eine adaptierte Tätigkeit als aus pulmonaler Sicht zu 100 % möglich erachtet, ohne dass die Leistungsfähigkeit bei jeder Art von Tätigkeiten eingeschränkt wäre. Ähnlich sind offenbar die Knie- und Rückenbeschwerden nicht in einer Intensität objektivierbar, dass das Adaptationsprofil zusätzlich Tätigkeiten mit Stehen oder Gehen ausschliesst. Gesamtbetrachtend ist davon auszugehen, dass die für sich keine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit rechtfertigenden somatischen Beschwerden, soweit sie objektivierbar sind, aufgrund ihrer Chronizität die Ressourcen zur Bewältigung der mittelgradigen Depression beeinträchtigen, so dass insgesamt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % im Lichte der Standardindikatoren nachvollziehbar erscheint. Dies korreliert auch mit dem eher passiv geschilderten



Tagesablauf (IV-act. 126-30, 39). Es ist daher auch aus rechtlicher Sicht von der gutachterlich geschätzten Arbeitsunfähigkeit von 40 % auszugehen. Der Beschwerdegegnerin bleibt es unbenommen, dem Beschwerdeführer eine adäquate Therapie im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahren aufzuerlegen und, sollte sich der Zustand verbessern, ein Revisionsverfahren einzuleiten.

#### 4.

##### 4.1.

**4.1.1.** Gemäss der Nichteignungsverfügung der Suva vom 8. Juli 2010 ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Bodenleger seit 1. Mai 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (Fremdakten, act. 1-48). Laut Gutachten der medexperts vom 19. Oktober 2017 sind ihm aus orthopädischer Sicht adaptierte Tätigkeiten seit dem Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. G.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2011 zu 100 % zumutbar (IV-act. 126-57). Die nunmehr rentenbegründende quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht aufgrund des psychischen Leidens. Ihr Beginn wird von der psychiatrischen Gutachterin nachvollziehbar im Januar 2016 angenommen (vgl. IV-act. 126-39 f., 57). Es stellt sich die Frage nach dem Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs bzw. nach dem Beginn und Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG.

**4.1.2.** Gemäss Art. 29<sup>bis</sup> der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nicht neu zu erfüllen, wenn der Invaliditätsgrad innerhalb von drei Jahren nach seiner Verminderung wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit (wieder) ein rentenbegründendes Ausmass erreicht. Die genannte Bestimmung ist nicht anwendbar, wenn nach Ablauf der Wartezeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorlag. Diesfalls ist eine nachfolgende gesundheitliche Verschlechterung als neuer Versicherungsfall zu betrachten mit der Folge, dass die Wartezeit erneut zu bestehen ist (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts vom 18. Februar 2016, 9C\_942/2015, E. 3.3.3 und vom 24. Oktober 2016, 9C\_56/2016, E. 3).

**4.1.3.** In der vorliegenden Konstellation entfällt die Anwendung von Art. 29<sup>bis</sup> IVV, weil das somatische Leiden keine rentenbegründende Invalidität zur Folge hatte. Zudem handelt es sich beim nachfolgenden psychischen Leiden um ein andersartiges. Somit ist für den Beginn des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG von der psychisch begründeten Arbeitsunfähigkeit auszugehen, weshalb es erst im Januar 2017



abgelaufen war. Folglich besteht ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Januar 2017. Das Jahr 2017 ist somit für den Einkommensvergleich relevant (BGE 129 V 222).

**4.2.** Der Beschwerdeführer erzielte zuletzt im Jahr 2009 bei der B.\_\_\_\_ ein Einkommen von Fr. 68'020.-- (Angaben Arbeitgeberin vom 6. April 2010, IV-act. 11-2 f.; Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 9). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung beläuft es sich auf Fr. 71'618.-- (Bundesamt für Statistik [BFS], Lohnentwicklung, T 39, Indices Männer 2009: 2136; 2017: 2249). Da anzunehmen ist, dass er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung an diesem Arbeitsplatz verblieben wäre, entspricht dieser Betrag dem Valideneinkommen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C\_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen).

**4.3.** Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom Durchschnittseinkommen gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des BFS 2017, Kompetenzniveau 1, Männer, auszugehen. Dieses beträgt Fr. 67'102.--. Entsprechend einer lediglich 60 %igen Arbeitsfähigkeit reduziert es sich auf Fr. 40'261.--.

**4.4.** Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (Kompetenzniveau 1 gemäss LSE 2017) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2014, 9C\_630/2014, E. 2.1 mit weiteren Verweisen). Dem Beschwerdeführer sind zwar auch körperlich mittelschwere Tätigkeiten zumutbar, nicht jedoch solche in staub-, rauch- oder dampfbelasteter Umgebung. Damit fallen Tätigkeiten in der Produktion und Überwachung in Industriebetrieben wohl zu einem wesentlichen Teil ausser Betracht. Selbst wenn nicht nur Tätigkeiten mit Kontakt zu Zementstaub und Holz und in anderweitig mit bronchial reizenden Stoffen überdurchschnittlich belasteter Umgebung als unzumutbar betrachtet werden, bestehen Arbeitsmöglichkeiten im Bereich Verpackung oder Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung sowie Kurierdienste, in denen der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit verwerten kann. Aufgrund der pulmonalen Einschränkung hat die Suva (Verfügung vom 30. Oktober 2014, IV-act. 93-3) einen Tabellenlohnabzug von 10 % gewährt, was angemessen erscheint, da die Einschränkung der Leistungsfähigkeit bereits durch die medizinisch attestierte Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt ist. Da der Leidensabzug eine Lohneinbusse abgeltet soll, die auch in



geeigneten Tätigkeiten besteht, gilt er vorliegend auch die schmerzbedingten Einschränkungen ab, weshalb für die orthopädisch diagnostizierten Beschwerden kein zusätzlicher Tabellenlohnabzug zu gewähren ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2010, 8C\_536/2010, E. 2.5 und vom 13. April 2016, 9C\_826/2015, E. 3.2.1). Weitere Einschränkungen insbesondere hinsichtlich der Gehfähigkeit sind mangels Objektivierung nicht zu berücksichtigen. Somit verbleibt es beim Tabellenlohnabzug von 10 % und resultieren ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 36'235.-- (90 % x Fr. 40'261.--) und ein Invaliditätsgrad von 49,4 % ([Fr. 71'618.-- - Fr. 36'235.--] : Fr. 71'618.--). Demnach hat der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente.

### 5.

**5.1.** In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 16. April 2018 aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2017 eine Viertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**5.2.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

**5.3.** Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der vorliegenden Streitsache erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der unentgeltlichen Rechtsverteidigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 16. April 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2017 eine Viertelsrente



zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

### **2.**

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

### **3.**

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