



Fall-Nr.: IV 2018/85
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 06.08.2020
Entscheiddatum: 17.03.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 17.03.2020

Art. 28 Abs. 1 IVG. Würdigung der medizinischen Aktenlage inklusive eines polydisziplinären Gutachtens. Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeit ist verwertbar. Einkommensvergleich ergibt keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. März 2020, IV 2018/85).

Entscheid vom 17. März 2020

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt

Geschäftsnr.

IV 2018/85

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin Ilona Zürcher, M.A. HSG in Law, Tobelmülistrasse 1,
9425 Thal,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) wurde von seinem damaligen Hausarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, im März 2009 unter Hinweis auf ein seit Oktober 2006 zu einer Arbeitsunfähigkeit führendes Lungenasthma bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung angemeldet (IV-act. 1). Am 30. März 2009 füllte der Versicherte auf Empfehlung der IV-Stelle hin (IV-act. 3) das ordentliche Anmeldeformular aus. Diesem zufolge hält er sich seit 1991 in der Schweiz auf (IV-act. 4). Er war seit seiner Einreise als Hilfsarbeiter tätig gewesen, zuletzt ab November 2004 mit Vollpensum im Bereich der Metallveredelung für die C.____ AG. Die Arbeitgeberin hatte dieses Arbeitsverhältnis per 30. April 2007 aufgelöst (IV-act. 4, 10, 31-2 und 33), nachdem die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) den Versicherten am 19. Februar 2007 als "nicht geeignet für alle Tätigkeiten mit Kontakt zu Galvanik-Bädern sowie Schleifarbeiten" erklärt hatte (Nichteignungsverfügung; IV-act. 6). Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, diagnostizierte als behandelnder Lungenarzt des Versicherten mit Bericht vom 4. Mai 2009 als Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit, Typ chronisch obstruktive Bronchitis mit beginnendem Lungenemphysem, und hielt fest, es könne grundsätzlich jegliche mittelschwere körperliche Arbeit ohne relevante Rauch/Staub- oder Dampfentwicklung ausgeübt werden (IV-act. 18-1). In einem Bericht vom 28. Januar 2009 erwähnte er zusätzlich die Diagnosen eines möglichen obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms, einer mässigen Adipositas und einer chronischen Rhinosinusitis (IV-act. 18-3).



A.b. Nach einem Eingliederungsgespräch (vgl. Protokoll in IV-act. 39) erliess die IV-Stelle am 28. September 2009 die Mitteilung, dass ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung bestehe (IV-act. 34). Da der Versicherte in der Folge keinen Kontakt mit der IV-Eingliederungsberaterin aufnahm (vgl. IV-act. 53), stellte die IV-Stelle ihm mit Vorbescheid vom 2. Juli 2010 die Abweisung des Begehrens um berufliche Massnahmen in Aussicht (IV-act. 56). Hiergegen liess der Versicherte durch seine Rechtsschutzversicherung Einwand erheben (IV-act. 60 und 66). Daraufhin leitete die IV-Stelle eine berufliche Abklärung in die Wege (IV-act. 79), welche während sechs Monaten in der Stiftung E.____ stattfand (IV-act. 105). Mit Mitteilung vom 2. August 2011 schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen ab, da diese nicht erfolgsversprechend seien (IV-act. 109). Selbiges verfügte sie auf Antrag am 30. August 2011 (IV-act. 111).

A.c. Der Hausarzt Dr. B.____ diagnostizierte mit Schreiben vom 18. Oktober 2011 zuhanden der IV-Stelle eine chronische obstruktive Lungenkrankheit, ein leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom (mit Maskenunverträglichkeit wegen Panikattacken), eine Adipositas, eine chronische Rhinosinusitis (mit Status nach Ethmoidektomie beidseits und Kieferhöhlenfensterung, vgl. diesbezüglich Operationsbericht des Spitals F.____ vom 5. Dezember 2007 [IV-act. 24-48 f.]) sowie eine chronische Depression. Er erachtete den Versicherten für leichte bis mittlere Arbeiten als arbeitsfähig (IV-act. 116-5 f.). Der Lungenspezialist Dr. D.____ nannte in seinem Verlaufsbericht an die IV-Stelle vom 16. Dezember 2011 im Wesentlichen dieselben Diagnosen (IV-act. 119-9 ff.) und in seinen Berichten vom 19. Oktober 2011 auch selbige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 116-8 ff.). Vor diesem Hintergrund erachtete die IV-Stelle eine psychiatrische Abklärung als angezeigt (IV-act. 121). Das veranlasste Gutachten wurde am 8. Februar 2012 von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik H.____, nach einer Untersuchung des Versicherten vom 6. Februar 2012 erstellt (IV-act. 124). Der Gutachter konnte weder eine psychiatrische Diagnose erheben noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen (IV-act. 124-6). Am 10. April 2012 erliess die IV-Stelle einen einen Rentenanspruch verneinenden Vorbescheid (IV-act. 128). Den Einwand der Rechtsschutzversicherung vom 22. Mai 2012 (IV-act. 129) beantwortete sie mit rentenablehnender Verfügung vom 25. Mai 2012 (IV-act. 130).



A.d. Am 28. August 2013 meldete der Versicherte sich erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 132). Mit Verfügung vom 17. Oktober 2013 trat die IV-Stelle auf dieses Leistungsbegehren nicht ein, da nicht glaubhaft dargelegt worden sei, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten (IV-act. 138).

A.e. Die nächste Anmeldung für Leistungen der IV füllte der Versicherte am 23. Juni 2014 aus und reichte sie am 25. August 2014 einer AHV-Zweigstelle ein. Darin wies er auf eine seit dem 6. Juni 2014 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit hin (IV-act. 139). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) kam in der Folge unter Würdigung der vom Versicherten mit der Anmeldung eingereichten Arztberichte (IV-act. 141 bis 146) zum Schluss, dass sich dessen Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 25. Mai 2012 nicht relevant verändert habe und die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten nach wie vor 100% betrage (IV-act. 153). Gestützt auf diese Einschätzung erliess die IV-Stelle am 29. September 2014 einen Vorbescheid, mit welchem sie das Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in Aussicht stellte (IV-act. 158).

A.f. Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin in der Arztpraxis J.____ und nun Hausärztin des Versicherten, nannte am 9. Oktober 2014 folgende Diagnosen: chronische obstruktive Lungenkrankheit, leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom, Adipositas, chronische Rhinosinusitis, Zustand nach röntengesteuerten Facettengelenksinfiltrationen C4/5 beidseits, chronische Dorsalgien mit Zervikalgien, Kyphose der BWS, Osteochondrose C4/5, beginnende Osteochondrose C5/6, Bandscheibendegeneration C5/6 und C6/7, paradoxe Kyphosierung der HWS, chronische Depression, Angstzustände sowie Panikattacken (IV-act. 162). Dr. med. K.____, Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, welche den Versicherten ab November 2012 als Lungenspezialistin betreute, erklärte mit Bericht vom 19. November 2014, im Vergleich zur Untersuchung vom Dezember 2011 durch Dr. D.____ sei lungenfunktionell keine wesentliche Änderung eingetreten. An der Diagnose habe sich ebenfalls nichts geändert, der Versicherte habe jedoch einiges an Gewicht zugenommen. Sie denke, dieser könnte eine leichte sitzende Arbeit in einem lufthygienisch perfekten Milieu ohne Dämpfe halbtags bewältigen (IV-act. 168-3 f.).



St.Galler Gerichte

A.g. Die IV-Stelle ersetzte am 16. Januar 2015 den Vorbescheid vom 29. September 2014 nach einem Einwand des Versicherten (IV-act. 167 und 168) mit der Mitteilung, dass keine beruflichen Massnahmen möglich seien und dass sie den Anspruch auf Rentenleistungen prüfe (IV-act. 172).

A.h. Am 24. April 2015 erlaubte eine angiologische Untersuchung am Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG), Spital L.____, Wund-Ambulatorium Klinik für Angiologie, betreffend die zum damaligen Zeitpunkt seit etwa zwei Jahren subjektiv als kalt empfundenen unteren Extremitäten des Versicherten einen Ausschluss einer relevanten peripheren arteriellen Verschlusskrankung (IV-act. 203-12 ff.). Dr. med. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und seit Oktober 2013 behandelnde Psychiaterin des Versicherten, diagnostizierte am 3. Juni 2015 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Sie stellte bei ungünstigen Auswirkungen des Schlafapnoe-Syndroms auf die depressive Symptomatik eine eher ungünstige Prognose. Es finde eine medikamentöse und eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung statt, die Frequenz der Sitzungen sei sechs- bis achtwöchentlich. Der Versicherte sei zu 50% arbeitsfähig in einer angepassten Tätigkeit (sitzende, leichte körperliche Arbeit in einer sauberen Umgebung; IV-act. 181). Gestützt auf diesen Bericht gab der RAD am 3. Juli 2015 die Empfehlung ab, umgehend mit Eingliederungsbemühungen zu beginnen (IV-act. 183). Infolgedessen fand am 26. August 2015 ein Assessment mit einem Eingliederungsberater der IV statt. Dieser kam nach Rücksprache mit der Stiftung N.____, für welche der Versicherte zu diesem Zeitpunkt auf Veranlassung des Sozialamtes hin tätig war, zum Schluss, dass aktuell eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nicht realistisch sei (IV-act. 188-3). Daraufhin versandte die IV-Stelle am 29. September 2015 erneut eine einen Anspruch auf berufliche Massnahmen verneinende Mitteilung (IV-act. 190).

A.i. Der Versicherte besuchte am 25. September 2015 am Spital O.____ die Schmerzprechstunde. Der diesbezügliche Bericht vom selben Tag nannte die Diagnosen eines chronischen Schmerzsyndroms, eines chronischen Müdigkeitssyndroms, einer schweren obstruktiven Lungenerkrankung, eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms, einer chronischen Rhinosinusitis, einer chronischen Depression sowie unklarer Kälteempfindungen beider Beine (IV-act. 192). Dr. med. P.____, Facharzt für Neurochirurgie, stellte am 10. Februar 2016 die eigenen



Diagnosen chronische Zervikalgie, Osteochondrose C4/5, beginnende Osteochondrose C5/6, Bandscheibendegenerationen C5/6 und C6/7, Zustand nach röntgensteuerten Facettgelenksinfiltrationen C4/5 beidseits, paradoxe Kyphosierung der HWS, chronische Dorsalgien, Kyphose der BWS sowie Foramenstenosen C4/5 und C5/6 linksseitig (IV-act. 200-2). Mit Verlaufsbericht vom 4. März 2016 erhob die behandelnde Psychiaterin Dr. M.____ nach wie vor die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode und attestierte unverändert eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 197). Die zuständigen Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am KSSG diagnostizierten am 18. Mai 2016 eine beginnende Gonarthrose rechts mit/bei bekannter Innenmeniskusläsion rechts und Status nach diagnostisch/therapeutischer Infiltration Kniegelenk rechts am 22. März 2016 (IV-act. 203-23). Mit Verlaufsbericht vom 21. Oktober 2016 stellte die behandelnde Psychiaterin wiederum die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode und erklärte, die Medikation werde weitergeführt, die Sitzungen fänden weiterhin sechs- bis achtwöchentlich statt und die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei unverändert zu 50% eingeschränkt (IV-act. 206). Im März 2017 untersuchte Dr. med. R.____ vom neurologischen Zentrum S.____ den Versicherten klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch. Dabei ergaben sich unter Einbezug der elektrophysiologischen Befunde die Diagnosen sehr wahrscheinlich sekundäres Restless legs-Syndrom, mögliches, wahrscheinlich vorrangig älteres, radikuläres L5-Syndrom beidseits mit intermittierenden akuten Exazerbationen sowie Aspekte einer leichtgradigen distalen Nervus peroneus-Demyelinisierung mit der Differentialdiagnose einer sich etablierenden Polyneuropathie oder einer small-Fiber-Polyneuropathie-Variante (IV-act. 226-6 f.).

A.j. Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 211) wurde der Versicherte im April 2017 von der medexperts AG polydisziplinär (orthopädisch, pneumologisch, internistisch und psychiatrisch) abgeklärt (IV-act. 215). Das Gutachten vom 9. Mai 2017 enthält als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere COPD, ein zervikolumbales Schmerzsyndrom bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen der HWS und LWS sowie belastungsabhängige Schmerzen am rechten Knie bei beginnender medialer Gonarthrose bei bekannter Innenmeniskusläsion rechts. Keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Schmerzen nach Sturz am



rechten Ellbogen, die Angst und depressive Störung gemischt, der Verdacht auf einen Status nach depressiver Episode, die Adipositas, der gastroösophageale Reflux unter Omeprazol, die Vitamin D Insuffizienz sowie die leichte obstruktive Schlafapnoe (IV-act. 218-50). Die Gutachter kamen polydisziplinär zum Schluss, dass der Versicherte für körperlich schwere Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig sei. Nicht vorkommen dürften in einer angepassten Tätigkeit häufiges Hocken oder Knien oder häufiges Besteigen von Leitern oder Gerüsten. Für leichte und mittelschwere welchelbelastende Tätigkeiten mit der Möglichkeit des selbstgewählten Absitzens und Umhergehens und unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 218-55). Mit Vorbescheid vom 19. Juni 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf dieses Gutachten die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht (IV-act. 223).

A.k. Zwischenzeitlich hatte der Versicherte sich am 16. Juni 2017 bei der Diagnose eines Zervikalsyndroms einer Facettenblockade C4/5 und C5/6 bei Prof. Dr. med. univ. T.____, Facharzt für Neurochirurgie, damals am Wirbelsäulenzentrum U.____, unterzogen, welche drei Tage lang eine deutliche Schmerzbesserung brachte und am 6. Juli 2017 wiederholt wurde (IV-act. 226-12 f. sowie 231-4 ff.). Mit Einwand vom 16. August 2017 liess der Versicherte durch seine Rechtsschutzversicherung unter anderem unter Hinweis auf diese Schmerztherapie geltend machen, der medizinische Sachverhalt sei nicht genügend abgeklärt und dem Gutachten der medexperts AG komme kein Beweiswert zu (IV-act. 226). Mit Verlaufsbericht vom 14. September 2017 erklärte Dr. med. V.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin vom Ärztehaus J.____ und Nachfolger von Dr. I.____ als Hausarzt des Versicherten, die Prognose sei invalidisierend und Letzterer sei in keiner Tätigkeit mehr arbeitsfähig. Die Diagnosenliste in diesem Bericht entspricht mit Ausnahme der erwähnten Depression anstelle von chronischer Depression, Angstzuständen und Panikattacken jener im Bericht von Dr. I.____ vom 9. Oktober 2014 (IV-act. 231-2 f. i.V.m. IV-act. 162). Am 27. September und 21. Oktober 2017 unterzog der Versicherte sich der dritten respektive vierten Facettenblockade bei Prof. Dr. T.____, diesmal L4/5 und L5/S1 respektive L3/4 (IV-act. 233-2 und 233-4). Am 29. Januar 2018 beurteilte Dr. med. W.____, Praktische Ärztin, vom RAD die vorhandenen medizinischen Akten und gelangte zum Schluss, dass weder der Einwand noch die Berichte von Prof. Dr. T.____



Informationen enthalten würden, welche die Beurteilung im polydisziplinären Gutachten vom 9. Mai 2017 in Frage stellen könnten (IV-act. 235-1). Mit Verfügung vom 29. Januar 2018 wies die IV-Stelle das Rentengesuch wie angekündigt ab (IV-act. 236 = act. G 1.2).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 2. März 2018 Beschwerde erheben mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben und eine ganze Rente zuzusprechen, eventualiter sei ein neutrales polydisziplinäres Gutachten zu erstellen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge sowie unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (act. G 1). Mit der Beschwerde liess der Beschwerdeführer durch seine Rechtsvertreterin unter anderem einen Untersuchungsbericht des Ostschweizer Gefässzentrums, Klinik für Angiologie, KSSG, vom 6. November 2017 zu den Akten reichen (act. G 1.5). Nachdem der Rechtsvertreterin wie von ihr beantragt die vollständigen Akten von der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Verfügung gestellt worden waren (act. G 3 und G 4), reichte sie am 9. April 2018 eine Beschwerdeergänzung ein. Mit dieser präzisierte sie das Begehren um eine ganze Rente dahingehend, dass diese ab dem 5. September 2014 auszurichten sei. Zur Begründung führte sie aus, auf das psychiatrische Teilgutachten der medexperts AG könne nicht abgestellt werden. Es bestehe laut Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. M.____ eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit. Auch sei das Gutachtensergebnis einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten vor dem Hintergrund der Beschwerden des Beschwerdeführers nicht haltbar (act. G 5). Mit der Beschwerdeergänzung wurden dem Gericht Berichte von Prof. Dr. T.____ vom 19. März 2018 und des KSSG, Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin, vom 17. November und 8. Dezember 2017 eingereicht (act. G 5.1 bis 5.3).

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 7. Juni 2018 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie aus, das psychiatrische Teilgutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung und es könne darauf abgestellt werden. Sodann sei die Resterwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht unverwertbar. In Industrie und Gewerbe gebe es verschiedene einfache Hilfstätigkeiten,



St.Galler Gerichte

die leicht bis mittelschwer belastend seien und die Möglichkeit des selbstgewählten Absitzens und Umhergehens beinhalten würden (act. G 11).

B.c. Am 28. Juni 2018 entsprach das Gericht dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (act. G 12).

B.d. In der Replik vom 30. November 2018 liess der Beschwerdeführer an den Anträgen festhalten und betonen, dass auf das psychiatrische Teilgutachten der medexperts AG nicht abgestellt werden könne. Auch sei insgesamt nicht nachvollziehbar, weshalb trotz der erwiesenen massiven gesundheitlichen Beschwerden noch eine volle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit für adaptierte Arbeiten bestehen solle (act. G 20). Mit der Replik wurden dem Gericht unter anderem Schreiben von Prof. Dr. T.____ vom 30. August 2018, von Dr. med. X.____, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie sowie Praktische Ärztin vom Ärztehaus J.____ und Nachfolgerin von Dr. V.____ als Hausärztin des Versicherten, vom 19. Juni 2018, des Röntgeninstituts Y.____ vom 23. Mai 2018, des Lungenzentrums des KSSG vom 11. Juni 2018 und von der Gemeinde Z.____ vom 16. Dezember 2015 eingereicht (das Letzte betrifft die Beendigung der Tätigkeit des Beschwerdeführers bei der Stiftung N.____ per 16. Dezember 2015; act. G 20.1.1 bis 20.1.5).

B.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtete stillschweigend auf eine Duplik (act. G 21 und 22).

B.f. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte am 22. Februar 2019 ihre Honorarnote zu den Akten (act. G 23 und 23.1), zu welcher die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 11. März 2019 Stellung nahm (act. G 27). Zu dieser Stellungnahme äusserte sich die Rechtsvertreterin am 10. April 2019 (act. G 29).

Erwägungen

1.

1.1. Der Beschwerdeführer hat sich erstmals im März 2009 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet und sein Rentenanspruch ist am 25. Mai 2012 bei einem Invaliditätsgrad von 9% verneint worden (IV-act. 130). Bei der vorliegend zu prüfenden Anmeldung vom 25. August 2014 (vgl. hierzu Art. 29 des Bundesgesetzes über den



Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] sowie Art. 67 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) handelt es sich somit um eine sogenannte Neuanmeldung (IV-act. 139).

1.2. Gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der Beschwerdeführer hat bei der vorliegend relevanten Anmeldung als Anmeldegrund neben seiner bereits bei der ersten Anmeldung genannten Lungenkrankheit Rückenbeschwerden angegeben (IV-act. 139-5). Während der damalige Lungenspezialist Dr. D.____ und der damalige Hausarzt Dr. B.____ im Oktober 2011, also im Rahmen des ersten Verwaltungsverfahrens, von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ausgegangen waren (IV-act. 116-5 ff. und 116-8 ff.), haben die neue Hausärztin Dr. I.____ und die neue Lungenspezialistin Dr. K.____ im Oktober/November 2014, d.h. nach Eingang der zweiten IV-Anmeldung, erklärt, dass der Beschwerdeführer in angepassten Tätigkeiten nur noch zu 50% arbeitsfähig sei (IV-act. 162 und 168-4). Im Oktober 2013 hat Letzterer sodann erstmals eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgenommen und mit der Einnahme von Psychopharmaka begonnen (vgl. IV-act. 181-1 f.). Insgesamt hat der Beschwerdeführer damit eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit der rechtskräftigen Abweisung des Rentengesuchs im Mai 2012 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

1.3. Mit der angefochtenen Verfügung vom 29. Januar 2018 hat die Beschwerdegegnerin dann allerdings das Rentengesuch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 5% abgewiesen (act. G 1.2). Nachfolgend ist zu prüfen, ob diese Rentenabweisung zu Recht erfolgt ist.

2.

2.1. Einen Anspruch auf eine Rente der IV haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder



psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2. Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

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



3.

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten aus. Sie stützte sich dabei auf das polydisziplinäre Gutachten der medexperts AG vom 9. Mai 2017. Der Beschwerdeführer erachtet dieses als nicht beweistauglich und die Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit durch die begutachtenden Ärzte unter Hinweis auf seine behandelnden Ärzte (insbesondere Dr. V.____, Dr. X.____, Dr. T.____, Dr. M.____, Dr. R.____, zuständige Ärzte der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin am KSSG) als nicht nachvollziehbar. Es sei vielmehr von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

3.1. Angesichts der Vielzahl an im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten medizinischen Unterlagen ist an dieser Stelle vorwegzunehmen, dass für das vorliegende Verfahren der medizinische Sachverhalt relevant ist, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 29. Januar 2018 gezeigt hat (vgl. hierzu BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). So sind insbesondere die dem Bericht des Röntgeninstituts Y.____ vom 23. Mai 2018 zu entnehmenden Handgelenksbeschwerden rechts nach einem Sturz vom 10. Mai 2018 von vornherein nicht zu berücksichtigen, da sie erst nach Verfügungserlass aufgetreten sind (act. G 20.1.3).

3.2. Bei der Würdigung der Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach solche nicht nur in der Funktion als Hausärzte, sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen). Sie stehen in auftragsrechtlichem Verhältnis zur versicherten Person. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (BGE 135 V 470, E. 4.5). Ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten kann nicht stets in Frage gestellt werden, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen. Allein die in masslicher Hinsicht abweichende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit vermag ein Administrativgutachten nicht in Zweifel zu ziehen (Urteile des Bundesgerichts vom 29.



Juli 2008, 9C_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen, publ. in: SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, und vom 23. Juni 2015, 9C_853/2014, E. 3.1.2). Nach dem Gesagten ist nachfolgend insbesondere zu prüfen, ob die Gutachter der medexperts AG aus den Berichten der behandelnden Ärzte ersichtliche objektiv feststellbare Gesichtspunkte ausreichend berücksichtigt haben. Die Überprüfung erfolgt nach Fachrichtungen aufgeteilt (vgl. nachstehend Erwägungen 3.3 bis 3.7) und das Gutachten (IV-act. 218-1 bis 218-56) wird in den Erwägungen 3.3 bis 3.7 anhand seiner Ziffern (vgl. Inhaltsverzeichnis in IV-act. 218-2 bis 2018-5) zitiert.

3.3.

3.3.1. Im Rahmen der orthopädischen Begutachtung wurden am 19. April 2017 in der Radiologie Ba.____ Röntgenbilder der Halswirbelsäule, der Lendenwirbelsäule, des rechten Ellbogens und des rechten Kniegelenks erstellt (IV-act. 219-1), welche zusammen mit den bei der Untersuchung durch Dr. med. Bb.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, erhobenen Befunden (Ziff. 4.1) zu den arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen zervikolumbales Schmerzsyndrom bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen der HWS und LWS sowie belastungsabhängigen Schmerzen am rechten Knie bei beginnender medialer Gonarthrose bei bekannter Innenmeniskusläsion rechts führten. Der rechte Ellbogen, welcher gemäss Anamnese nach einem Sturz geschmerzt habe, war klinisch und radiologisch unauffällig und konnte folglich die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigen (Ziff. 8.1.1 und 8.1.2). Die Teilgutachterin gelangte zum Schluss, dass für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung bestehe (Ziff. 8.2.3), wobei kein häufiges Hocken oder Knien und kein häufiges Besteigen von Leitern oder Gerüsten möglich sei (Ziff. 9.1).

3.3.2. Der behandelnde Neurochirurg Dr. P.____ stellte in seinen Berichten vom 23. Mai und 28. August 2014 sowie 10. Februar 2016 keine anderen Diagnosen als die orthopädische Teilgutachterin und zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserte er sich nicht aktenkundig (vgl. dessen Berichte in IV-act. 145, 203-19 f. und 200-2 f.). Selbiges gilt für die zuständigen Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, KSSG, welche den Versicherten im März und Mai 2016 wegen seiner Beschwerden am rechten Knie sahen (IV-act. 203-23). Die den Beschwerdeführer am 24. März 2017 untersuchende Neurologin Dr. R.____ äusserte sich ebenfalls nicht zu dessen Leistungsfähigkeit (IV-act. 226-6 ff.). Dass deren Bericht von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden wäre (vgl. Vorwurf in act. G 5 S. 6), ist aktenwidrig (Ziff. 2.1.2). Angesichts des Umstandes, dass erst die Diagnose eines



wahrscheinlich sekundären Restless-legs-Syndroms bestand und die diesbezüglichen weiteren Untersuchungen zwar in die Wege geleitet, jedoch noch nicht abgeschlossen worden waren (vgl. beispielsweise act. G 1.5), ist nicht ersichtlich, inwiefern die diesbezügliche Nichterwähnung durch die begutachtende Expertin einen Mangel des Gutachtens zu begründen vermöchte. Von der beratenden Ärztin vom RAD wurde bezüglich der von Dr. R.____ erhobenen Diagnosen zu Recht festgehalten, dass der Beschwerdeführer bei der Begutachtung keine neurologischen Symptome oder Beschwerden angegeben hat (IV-act. 235-1 i.V.m. Ziff. 3.2, 3.3.1 sowie 6.2.1) und dass auch bei der Befunderhebung keine solchen festgestellt worden sind, da keine motorischen und sensiblen Ausfälle zu verzeichnen waren und sich die Reflexe symmetrisch positiv zeigten (IV-act. 235-1 i.V.m. Ziff. 4.1). Aus der mittels elektrophysiologischer Untersuchung festgestellten Diagnose eines sehr wahrscheinlich sekundären Restless-legs-Syndroms allein kann sodann nicht direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden; massgeblich sind vielmehr funktionelle Einschränkungen, die wie vorstehend erwähnt bezüglich dieser Thematik in der klinischen Untersuchung nicht objektiviert und vom Beschwerdeführer gegenüber der Gutachterin auch nicht erwähnt wurden (Ziff. 3.2, 3.3.1 und 6.2.1). Dies ist wiederum stimmig mit dem Schmerzsprechstundenbericht des Spitals O.____ vom 25. September 2015, gemäss welchem der Beschwerdeführer sich beim ersten Besuch der Schmerzsprechstunde ohne manifeste sensible oder motorische Ausfälle gezeigt hat. Betreffend die orthopädische Thematik empfahl der zuständige Arzt eine Atemtherapie zur Erlernung einer ausgeglichenen Zwerchfellatmung und Relaxation der vorderen Halsmuskulatur und damit der Möglichkeit der Aufrichtung und myofaszialen Entlastung von BWS und HWS (IV-act. 192-2). Die Therapie fand zwar in der Folge statt, ob sie den gewünschten Erfolg gebracht hat, ist dem Verlaufsbericht jedoch nicht zu entnehmen (act. G 20.1.6). Ebenfalls ist weder im ausführlichen Schmerzsprechstundenbericht vom 25. September 2015 noch in den Verlaufseinträgen eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vorgenommen worden (act. G 20.1.6). Die zuständigen Ärzte des Ostschweizer Gefässzentrums, Klinik für Angiologie, KSSG, nahmen zwar in Zusammenhang mit dem Kältegefühl in den Unterschenkeln den Verdacht auf ein sekundäres Restless-legs-Syndrom auf. Eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit nahmen jedoch auch sie nicht vor (act. G 1.5). Sodann fand die Restless-legs-Symptomatik in Form einer PLMD (Periodic Limb Movement Disorder) im pneumologischen Teilgutachten Berücksichtigung (Ziff. 7.3.2; vgl. nachstehend Erwägung 3.6). Eine Auseinandersetzung mit den orthopädischen Berichten von Prof. Dr. T.____ konnte von Seiten Dr. Bb.____ nicht stattfinden, da die Erstkonsultation bei diesem Facharzt im Nachgang zur Begutachtung am 11. Mai 2017



erfolgte (IV-act. 226-14). Der Orthopäde schloss jedoch eine Neurokompression im Bereich der LWS mittels MRI vom 15. Mai 2017 aus (IV-act. 226-13) und diagnostizierte in Übereinstimmung mit dem Gutachten ein Zervikalsyndrom respektive eine Polymorbidität der gesamten Wirbelsäule von zervikal bis lumbal (IV-act. 226-12 f. und act. G 20.1.1). Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit wollte er in seiner jüngsten Stellungnahme vom 30. August 2018 zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers explizit nicht vornehmen, da es bei der schweren Polymorbidität in vielfacher Hinsicht unmöglich sei, aus dem Stegreif eine Arbeitsfähigkeit in Prozenten anzugeben. Er äusserte sich aber dennoch dahingehend, dass die gutachterlicherseits attestierte Arbeitsfähigkeit von 100% für leichte und mittelschwere Tätigkeiten ihm als statische Arbeitsfähigkeit aufgrund einer einzigen - wenn auch ausführlichen - Untersuchung realitätsfern erscheine. Bei häufigen Beobachtungen im Rahmen von immer wieder notwendigen multimodalen Schmerztherapien gewinne man ein anderes Bild. Man gewinne den Eindruck, dass der Patient zumindest für mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr geeignet sei. Eine seriöse Beantwortung dieser Frage wäre seines Erachtens aber nur nach einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) möglich (act. G 20.1.1). Auch diese Einschätzung fördert also keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte zu Tage, welche im Rahmen der Begutachtung unerkant geblieben und geeignet wären, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. vorstehend Erwägung 3.2).

3.3.3. Zusammenfassend ist das orthopädische Teilgutachten umfassend, beruht auf eigenen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und die Vorakten, ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet, womit ihm Beweiswert zukommt (vgl. vorstehend Erwägung 2.3).

3.4.

3.4.1. Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. Bc.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F 41.2) sowie einen Verdacht auf Status nach depressiver Episode, gegenwertig remittiert (ICD-10: F 32.4), welchen er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Er setzte sich in seinem Teilgutachten mit den aktenkundigen früheren Diagnosen auseinander (Ziff. 5.4.2) und kam unter Würdigung derselben sowie unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Klassifikationen zum Schluss der vorgenannten Diagnosen (Ziff. 5.4.3). Die einzige abweichende fachärztliche Diagnoseerhebung stammt von der behandelnden Psychiaterin Dr. M.____. Die von dieser am 3. Juni 2015,



4. März und 21. Oktober 2016 diagnostizierte depressive Episode (IV-act. 181-1, 197-1 und 206-1) erschien dem Gutachter aufgrund der ausführlichen Beschreibung im ersten Bericht als nachvollziehbar, nur den Grad "mittelschwer" konnte er aus dem Bericht nicht nachvollziehen. Auch bestand aus seiner Sicht eine Diskrepanz zwischen dem Schweregrad der Diagnose und der durchgeführten Behandlung (Termin alle sechs bis acht Wochen; Ziff. 5.4.2). Weshalb bezüglich des Schweregrades eine zusätzliche Rückfrage bei der behandelnden Ärztin hätte erfolgen müssen (vgl. Vorwurf in act. G 5 S. 3), leuchtet nicht ein. Der Entscheid über das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte unterliegt grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten. Hinzu kommt, dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. anstatt vielen Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2019, 9C_379/2019, E. 3.5.1 mit weiteren Hinweisen). Gemäss der ausführlichen Einschätzung des Gutachters hat der Beschwerdeführer in Folge seiner körperlichen Beschwerden, seiner Fatigue und der langandauernden Arbeitslosigkeit eine adäquate ängstliche und depressive Reaktion entwickelt. Bei der Untersuchung zeigte er sich dysphorisch und klagsam, mit angemessenen gesundheitlichen und finanziellen Sorgen. Die vorhandenen Symptome könnten am ehesten als "Angst und depressive Störung gemischt" diagnostiziert werden, da keine der beiden Störungen ein Ausmass erreichte, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde. Die diagnostischen Leitlinien würden das Vorhandensein von Angst und Depression in leichter oder mittlerer Ausprägung ohne Vorherrschen des einen oder andern und das zumindest vorübergehende Auftreten von vegetativen Symptomen verlangen (Ziff. 5.4.3). Diese Diagnosestellung ist nachvollziehbar begründet, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Ziff. 5.2.1 und Ziff. 5.4.1) und leuchtet in der Schlussfolgerung ein.

3.4.2. Insgesamt sah der Gutachter aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Bei dieser Einschätzung blendet er zu Recht die psychosoziale schwierige Situation des Beschwerdeführers aus (Ziff. 5.4.3), denn der bio-psycho-soziale Krankheitsbegriff ist rechtlich im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG nicht massgebend (BGE 143 V 426 f. E. 6). Dies dürfte - neben den in Erwägung 3.2 erläuterten Umständen - seine im Vergleich zur behandelnden Psychiaterin höhere Arbeitsfähigkeitseinschätzung erklären. Die von dieser davon abweichend attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht berücksichtigt sodann neben der diagnostizierten depressiven Episode auch die chronische obstruktive Lungenerkrankung, die mittelschwere partiell irreversible obstruktive Ventilationsstörung sowie das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (IV-act. 181-1, 197-1



und 206-1). Die ausgeprägte Müdigkeit und rasche Erschöpfbarkeit sind gemäss der Psychiaterin die Folgen der Lungenerkrankung, der Depression sowie des Schlafapnoesyndroms. Diese würden sich gegenseitig sehr ungünstig beeinflussen (IV-act. 206-2). Damit werden von der behandelnden Psychiaterin, wie auch Dr. W.____ vom RAD angeführt, fachfremde, somatische Erkrankungen bei der Einschätzung der verminderten Belastbarkeit berücksichtigt (vgl. IV-act. 235-2), was im psychiatrischen Teilgutachten der medexperts AG korrekterweise nicht geschieht.

3.4.3. Die Rechtsvertreterin wirft dem psychiatrischen Teilgutachter vor, die vom Beschwerdeführer geschilderte extreme Müdigkeit zu ignorieren (act. G 20 S. 3). Diesbezüglich hat Dr. Bc.____ jedoch explizit festgehalten, dass diese eventuell bestehe, dass sie aber nicht psychisch bedingt sei (Ziff. 5.4.4; vgl. hierzu auch nachstehend Erwägung 3.7.2). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers sieht in Bezug auf die geklagte Müdigkeit einen Mangel im psychiatrischen Teilgutachten in der Dauer des ihm zu Grunde liegenden Explorationsgesprächs von 75 Minuten. Wie das Bundesgericht mehrmals festhielt, kann es für den Aussagegehalt eines Arztberichts im Allgemeinen nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich sei vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sei (Urteil vom 6. Mai 2009, 9C_170/2009, E. 2.2 mit Hinweisen). Dass sich das psychiatrische Gutachten im Gegensatz zu den Berichten der behandelnden Psychiaterin, welche auf häufigere Behandlungskontakte abstellen, auf ein einziges ca. eineinviertelstündiges Untersuchungsgespräch stützt (vgl. Ziff. 5.3.1 auf S. 34), vermag somit den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Zudem stützte sich der begutachtende Psychiater nicht nur auf seine eigenen Untersuchungen, sondern auch auf zwei Tests (HRSD 21 und MMST; Ziff. 5.3.1) sowie die Vorakten (Ziff. 2.1.1). Daraus hat er auf Grund seiner Ausführungen genügend Erkenntnisse für eine schlüssige und nachvollziehbare Beurteilung gewonnen. Können sodann keine psychischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit erhoben werden, entfällt die von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verlangte Beurteilung (vgl. G 5 S. 4 f.) anhand der vom Bundesgericht definierten Standartindikatoren (vgl. zum Beispiel Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2019, 9C_448/2019, E. 4.2). Entgegen der Ansicht der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers spricht sodann die Therapiefrequenz von sechs- bis achtwöchentlich gegen einen hohen psychischen Leidensdruck. Dass die Therapie in diesem Umfang seit Jahren in Anspruch genommen wird, ändert daran nichts.

3.4.4. Insgesamt kommt dem psychiatrischen Gutachten Beweiswert zu. Dass der Beschwerdeführer gegenüber dem internistischen Gutachter gelegentliche Suizidideen



geäussert hat (Ziff. 6.2.1) und diese dem psychiatrischen Gutachter gegenüber auf dessen Nachfrage hin verneint hat (Ziff. 5.3.1), kann dem psychiatrischen Teilgutachter nicht zum Vorwurf gemacht werden und vermag auch den Beweiswert seines Gutachtens nicht zu schmälern. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass auch den psychiatrischen Berichten von Dr. M.____ keine diesbezüglichen Anhaltspunkte zu entnehmen sind (vgl. IV-act. 206, 197; explizite Verneinung in IV-act. 181-2).

3.5.

3.5.1. Das internistische Gutachten wurde durch Dr. med. Bd.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erstellt. Dieser kam nach eigener Untersuchung des Beschwerdeführers (Ziff. 6.2.1 und 6.3.1) und unter Berücksichtigung der Vorakten (Ziff. 2.1.1 und 2.1.2) zum begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass neben der chronisch obstruktiven pulmonalen Erkrankung (hierzu wurde ein separates pneumologisches Teilgutachten erstellt, welches nachfolgend in Erwägung 3.6 gewürdigt wird) aus allgemein-internistischer Sicht die Adipositas, der gastroösophageale Reflux und die Vitamin D-Insuffizienz zu erwähnen seien. Diese hätten alle keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; der Reflux werde erfolgreich mit einem Protonenpumpenblocker behandelt und die Vitamin D-Insuffizienz sei substituiert. Betreffend Adipositas führte er aus, der Versicherte habe seit dem Sistieren der Arbeitseinsätze und der sportlichen Aktivitäten von 70 auf 100 kg zugenommen. Das Gewicht sei nun mehr oder weniger konstant bei 97 kg, der BMI liege aktuell bei 31.3 kg/m² (Ziff. 6.4.1, 6.4.2, 6.5.1 und 6.5.2). Die Rechtsvertreterin bemängelt bezüglich dieser Gewichtszunahme eine fehlende Würdigung (act. G 20 S. 6), übersieht dabei jedoch, dass die Diagnose Adipositas durch den begutachten Facharzt ja gestellt wurde und er die Gewichtszunahme dahingehend würdigte, dass die Adipositas eben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (Ziff. 6.5.2). Auch empfahl er dem Beschwerdeführer eine Gewichtsreduktion zur Verbesserung der respiratorischen aber auch der myoskelettalen Situation (Ziff. 6.7). Einzig der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass **Adipositas** nach der Rechtsprechung keine Invalidität zu begründen vermag (Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2015, 8C_903/2014, E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Die vom Beschwerdeführer verschiedentlich gegenüber behandelnden Ärzten erwähnten subjektiv als kalt empfundenen unteren Extremitäten hat er gegenüber dem internistischen Gutachter offenbar nicht geklagt (Ziff. 6.2.1) und die nach der Begutachtung wiederholte angiologische Untersuchung vom 30. Oktober 2017 erlaubte wie bereits jene vom 23. April 2015 einen Ausschluss einer relevanten peripheren arteriellen



Verschlusserkrankung respektive einer makrovaskulären Ursache (act. G 5.2 S. 1 sowie act. G 1.5). Folglich ist das Gutachten auch diesbezüglich nicht zu beanstanden.

3.5.2. Dr. V.____ äusserte sich am 14. September 2017 als damaliger Hausarzt des Beschwerdeführers abweichend vom internistischen Teilgutachten dahingehend, dass diesem keine Tätigkeit mehr zumutbar sei. Als Diagnosen nannte er anstelle eigener Diagnosen zusammenfassend die von den verschiedensten Fachärzten erhobenen Diagnosen. Und auch eigene Befunde erhob er keine (IV-act. 231-2), womit von Vornherein nicht auf seinen Bericht abgestellt werden kann, wie dies von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt wird (act. G 5 S. 7 Ziff. 3). Die nachfolgende Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. X.____, äusserte sich mit Bericht vom 19. Juni 2018 dahingehend, dass die Schätzung einer Arbeitsunfähigkeit von nur 5% bei den Diagnosen des Beschwerdeführers ein Witz sei. Eine eigene Schätzung nahm sie jedoch nicht vor, sondern hielt fest, es sei sehr schwierig vorstellbar, dass Letzterer mit seinen Diagnosen mit Bezug auf sein Alter überhaupt einsetzbar sei in der Arbeitswelt. Vor allem die Prozente zu beurteilen sei sehr schwer (act. G 20.1.2). Hier ist anzumerken, dass keine der von ihr aufgeführten Diagnosen von den Gutachtern unberücksichtigt geblieben ist und ihr Bericht auch keine sonstigen Gesichtspunkte enthält, welche von den begutachtenden Experten nicht berücksichtigt worden sind (vgl. hierzu Erwägung 2.3 und 3.2).

3.5.3. Zusammenfassend erfüllt auch das internistische Teilgutachten die rechtlichen Anforderungen und es ist darauf abzustellen (vgl. diesbezüglich die Erwägungen 2.3 und 3.2).

3.6.

3.6.1. In pneumologischer Hinsicht sind die Diagnosen grundsätzlich unbestritten. So hält der begutachtende Facharzt für Pneumologie, Dr. med. Be.____, fest, die COPD sei aktenmässig eindeutig belegt, und auch die in den Akten immer wieder erwähnte leichte obstruktive Schlafapnoe wird vom ihm bestätigt (Ziff. 7.4.2, 7.5.1 und 7.5.2). Anhand aller verfügbaren FEV1-Werte hat der Experte eine Grafik erstellt und einen stabilen Verlauf der COPD seit der Erstdiagnose feststellen können (Ziff. 7.4.3). Damit übereinstimmend wurde auch anlässlich der jüngsten aktenkundigen pneumologischen Untersuchung, welche am 5. Juni 2018 in der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin am KSSG stattgefunden hat, festgehalten, die obstruktive Ventilationsstörung in der Lungenfunktion sei stabil (act. G 20.1.4 S. 3). Strittig ist demgegenüber, welchen Einfluss diese Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Der Gutachter nahm eine Spirometrie und eine Belastungsoxymetrie vor. Erstere ergab eine



mittelschwere Obstruktion und letztere eine mässige Dyspnoe beim Treppensteigen (Ziff. 7.3.2). Der Facharzt kam nach eigener Untersuchung und unter Berücksichtigung der Vorakten (Ziff. 7.3.1, 7.3.2 und 2.1.1) zum Schluss, dass das funktionelle pulmonale Defizit höchstens mittelschwer sei. Damit verbleibe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für alle körperlich leichten, intermittierend auch mittelschweren Arbeiten. Dies unter lufthygienisch akzeptablen Bedingungen (Ziff. 7.6.4). Der Gutachter liess den Beschwerdeführer zusammen mit einem Dolmetscher einen "Fragebogen Schlafstörungen" ausfüllen, welcher durchwegs positive Summenscores für obstruktive Schlafapnoe, PLMD, psychische Störungen sowie Narkolepsie ergab. Der Fragebogen sei damit bezüglich Schlafapnoe nicht diskriminierend und spreche für ein unspezifisches psychosomatisches Beschwerdebild (Ziff. 7.3.2 sowie Ziff. 7.4.3).

3.6.2. Die von der behandelnden Pneumologin Dr. K. ___ ab Ende 2013 attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 168-4) erachtet der Gutachter aus Sicht der behandelnden Pneumologin als nachvollziehbar. Objektiv sei allerdings lediglich für körperlich anhaltend schwere Arbeiten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu begründen (Ziff. 7.10). Dr. K. ___ hält in diesem Bericht explizit fest, dass lungenfunktionell im Vergleich zur Voruntersuchung bei Dr. D. ___ vom 13. Dezember 2011 keine wesentliche Änderung eingetreten sei (IV-act. 168-4), wobei jener am 16. Dezember 2011 festhielt, insgesamt gehe er davon aus, dass sich die Werte im Vergleich zu Januar 2011 kaum ernsthaft verändert hätten (IV-act. 119-10). Aufgrund jener Untersuchung beurteilte er am 19. Oktober 2011 die Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis höchstens mittelschweren körperlichen Tätigkeit als gegeben (IV-act. 116-8) - was wiederum mit der Einschätzung des pneumologischen Teilgutachters übereinstimmt. Dem aktuellsten Untersuchungsbericht des Lungenzentrums am KSSG vom 11. Juni 2018 ist keine Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu entnehmen (act. G 20.1.4), und auch der frühere Bericht vom 17. November 2017 enthält keine solche (act. G 5.2). Die Ergospirometrie vom 8. Dezember 2017 ergab eine deutlich reduzierte Leistungsfähigkeit von 50% des Sollwertes bei deutlicher Hyperventilation während der Belastung sowie eine mittelschwere Ventilation bei ACOS und Adipositas (act. G 5.3). Dieser reduzierten Leistungsfähigkeit hat Dr. Be. ___ bei der Beschreibung der adaptierten Tätigkeit Rechnung getragen, indem er alle schweren und alle mehr als intermittierend mittelschweren Arbeiten ausschloss (Ziff. 7.4.4 und 7.6.4).

3.6.3. Nach dem Gesagten erweist sich auch das pneumologische Teilgutachten als beweiskräftig.



3.7.

3.7.1. Im polydisziplinären Teil des Gutachtens wurden die Diagnosen zusammengefasst (vgl. hierzu vorstehende Erwägungen 3.3 bis 3.6) und die Arbeitsfähigkeit dahingehend beschrieben, dass leichte und mittelschwere Tätigkeiten ohne häufiges Hocken oder Knien und ohne häufiges Besteigen von Leitern oder Gerüsten zumutbar seien (Ziff. 9.2.1 i.V.m. 9.1), wobei die Tätigkeit wechselbelastend mit der Möglichkeit des selbstgewählten Absitzens und Umhergehens sein soll (Ziff. 9.2.2). Diese polydisziplinäre Festlegung der Arbeitsfähigkeit geht jedoch versehentlich weiter, als dies der pneumologische Facharzt in seinem Teilgutachten als zumutbar erachtete. Denn jener erachtete - entgegen der Ansicht der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (act. G 5 S. 7 sowie act. G 20 S. 7) - nur leichte, intermittierend auch mittelschwere Arbeiten in lufthygienisch akzeptablen Bedingungen als zumutbar (Ziff. 7.6.4). Vor diesem Hintergrund ist in Präzisierung des Versehens im polydisziplinären Teil des Gutachtens davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis lediglich intermittierend mittelschwere Tätigkeiten ohne häufiges Hocken oder Knien und ohne häufiges Besteigen von Leitern oder Gerüsten in Wechselbelastung mit der Möglichkeit des selbstgewählten Absitzens und Umhergehens unter lufthygienisch akzeptablen Bedingungen zumutbar sind. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass offenkundige Verschiebe den Beweiswert eines Gutachtens nicht zu schmälern vermögen (vgl. zum Beispiel Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2019, 9C_448/2019, E. 4.1). Insgesamt ist der Beschwerdeführer bezüglich der von ihm als realitätsfremd erachteten Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit darauf hinzuweisen, dass Restriktionen des realen Arbeitsmarkts, die ihm das Auffinden einer Arbeitsstelle erschweren, vor dem Hintergrund dessen, dass in der Invalidenversicherung das Risiko der Arbeitslosigkeit keine Berücksichtigung finden darf, ausser Acht zu bleiben haben.

3.7.2. Was in Ergänzung zu Erwägung 3.4.3 bezüglich der vom Beschwerdeführer beklagten Müdigkeit zu erwähnen ist, ist die Ungereimtheit, dass der Psychiater eine eventuell bestehende, nicht psychisch bedingte Fatigue erwähnte (Ziff. 5.4.4) und der Pneumologe mithilfe eines Fragebogens zum Ergebnis gelangte, dass die Müdigkeit am ehesten psychosomatischen Ursprungs sei (Ziff. 7.3.2 und 7.4.3). Der psychiatrische Teilgutachter vermochte jedoch die von Dr. M. ___ erwähnte und von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers betonte Müdigkeit und rasche Erschöpfbarkeit nicht zu beobachten (vgl. Ziff. 5.3.1). An einer Objektivierung beispielsweise mittels Beobachtung in einem Schlaflabor fehlt es. Ob die behandelnde Psychiaterin die Müdigkeit selber erlebt hat und wie diese sich allenfalls gezeigt hat



oder ob ihre Angaben auf den Schilderungen des Beschwerdeführers beruhen, kann keinem ihrer Berichte entnommen werden (IV-act. 181, 197, 206). Auch fehlt es in dieser Hinsicht an etwelchen Therapiebemühungen. Einzig der im Jahr 2009 unternommene Versuch, die Schlafqualität mittels CPAP-Beatmung zu verbessern, ist aktenkundig, wobei sich ein nur unwesentlich besseres Bild ergab (IV-act. 18-7 f.). Ein solcher Versuch wurde aufgrund der in den Akten vielerorts erwähnten Maskenunverträglichkeit des Beschwerdeführers (anstatt vieler Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin, KSSG, in act. G 20.1.4) nie wiederholt. Auch ist die geschilderte Müdigkeit jedenfalls nicht so einschneidend, dass sie der Fahrtüchtigkeit des Beschwerdeführers im Weg stünde, verfügt er doch über den Fahrausweis (Ziff. 6.1). Insgesamt wiegt die vorstehend erwähnte Ungereimtheit im polydisziplinären Gutachten nicht so schwer, dass sie dessen Beweiswert insgesamt zu beeinträchtigen vermöchte.

3.7.3. Zu guter Letzt ist insoweit nicht auf das polydisziplinäre Gutachten abzustellen, als es als Beginn der Arbeitsfähigkeitsschätzung den Begutachtungszeitpunkt nennt (Ziff. 9.2.2). Diese Beschränkung lässt sich nicht mit den jeweiligen nachvollziehbaren Ausführungen der Experten zu den medizinischen Vorakten vereinbaren (Ziff. 5.4.2, 5.10, 7.10 sowie 8.2.2). Vielmehr ist aufgrund der Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers - abgesehen von allfälligen kurzfristigen Schwankungen - seit Jahren stationär ist. Jedenfalls kann den Akten ab dem allfälligen Rentenbeginn am 1. Februar 2015 (hypothetischer Beginn der am 25. August 2014 [vgl. hierzu Erwägung 1.1] beantragten Rente; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) bis zur Begutachtung durch die medexperts AG im April 2017 keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes entnommen werden, wie diese ja vorhanden sein müsste, um eine vorgängige Abweichung vom Leistungsprofil der Gutachter der medexperts AG zu erlauben. Sodann ergeben sich aus den Akten keine Hinweise, die eine über die gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Leistungsbeeinträchtigung nahelegen oder gar belegen würden (vgl. vorstehend Erwägungen 3.3 bis 3.6). Nach dem Gesagten ist ab dem allfälligen Rentenbeginn von der von den Gutachtern der medexperts AG festgelegten vollständigen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen.

3.8. Von weiteren medizinischen Abklärungen und insbesondere der Erstellung eines weiteren polydisziplinären Gutachtens oder einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit - wie dies beides von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt wird - sind in antizipierender Beweiswürdigung angesichts der umfangreichen und klaren medizinischen Aktenlage keine neuen objektiven



Erkenntnisse zu erwarten. Den Nachteil der Beweislosigkeit im Sinne des fehlenden Nachweises von invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung hat der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. BGE 139 V 563 E. 8.1).

4.

Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, er sei bereits seit Jahren nicht mehr arbeitsfähig und lasse sich gar nicht mehr in den Arbeitsmarkt eingliedern. Er sei schwer krank und müsse während den üblichen Geschäftszeiten regelmässig Arzttermine wahrnehmen. Zudem spreche er sehr wenig Deutsch und verfüge über keine entsprechende Ausbildung (act. G 1 S. 7). Aufgrund dieser Umstände und vor allem seiner Beschwerden und seines Alters sei eine Erwerbstätigkeit ohnehin nicht zumutbar (act. G 20 S. 8).

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

4.2. Das Bundesgericht hat generell relativ hohe Hürden für die Annahme einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt (Urteil vom 19. Juni 2017, 8C_28/2017, E. 5.2 mit Hinweis auf das Urteil vom 30. März 2017, 9C_88/2017, E. 3.3.2). Eine verbleibende Aktivitätsdauer von rund fünf Jahren gilt rechtsprechungsgemäss grundsätzlich als ausreichend, um eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2017, 9C_677/2016, E. 4.3). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 462 E. 3.3 f.). Dies



war vorliegend im Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens der medexperts AG am 9. Mai 2017 der Fall, bildet dieses doch die den Anforderungen an die Beweiskraft genügende medizinische Grundlage (vgl. hierzu vorstehend die Erwägungen 3.1 bis 3.8) für die angefochtene Verfügung. Der am 19__ geborene Beschwerdeführer war am __ Mai 20__ 5_ Jahre alt und es verblieb ihm eine Aktivitätsdauer von gut fünf Jahren. Sodann stehen ihm sämtliche leichte Arbeiten, welche intermittierend mittelschwer sein dürfen und wechselbelastend sein sollen mit der Möglichkeit des selbstgewählten Absitzens und Umhergehens, ohne häufiges Hocken oder Knien und ohne häufiges Besteigen von Leitern oder Gerüsten in lufthygienisch akzeptablen Bedingungen offen (IV-act. 218-55 sowie vorstehend Erwägung 3.7.1). Dem Beschwerdeführer sind damit insbesondere noch, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht angeführt hat (act. G 11), leichte Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie oder die Bedienung und Überwachung von Maschinen oder Produktionseinheiten zumutbar.

4.3. Die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 100% in einer adaptierten Tätigkeit ist nach dem Gesagten als auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar zu betrachten (zu den Restriktionen des realen Arbeitsmarkts vgl. vorstehend Erwägung 3.7.1).

5.

Ausgehend von der vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Erwägung 2.2).

5.1. Betreffend die Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten Einkommen angeknüpft, weil davon auszugehen ist, dass die versicherte Person ohne den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die bisherige Tätigkeit weitergeführt hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1). Die Beschwerdegegnerin hat also für die Ermittlung des Valideneinkommens richtigerweise auf das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen abgestellt. Gemäss dem IK-Auszug hat das bei der C.__ AG erwirtschaftete Erwerbseinkommen im Jahr 2006 Fr. 65'648.-- betragen, im Jahr 2005 jedoch noch Fr. 66'376.-- (IV-act. 135-2). Da davon auszugehen ist, dass das im Vorjahresvergleich leicht tiefere Einkommen im Jahr 2006 der im Oktober 2006 diagnostizierten Lungenkrankheit respektive der damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit geschuldet ist, ist auf das Jahr 2005 abzustellen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2015 (hypothetischer Rentenbeginn; vgl. hierzu vorstehend Erwägung 3.7.3 i.V.m. Erwägung 1.1) ergibt sich ein Valideneinkommen von



Fr. 74'173.-- (Index Männer 2005: 1992; Index Männer 2015: 2226; Basis 1939 = 100; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1939 bis 2018).

5.2. Nach der Beendigung seiner Tätigkeit für die C.____ AG war der Beschwerdeführer - mit Ausnahme der beruflichen Abklärung in der Stiftung Arbeitsgestaltung (IV-act. 105) und des Einsatzes über das Sozialamt Z.____ in der Stiftung N.____ (act. G 20.1.5) - aktenkundig nicht mehr arbeitstätig. Aus diesem Grund ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf die statistischen durchschnittlichen Löhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik zurückzugreifen. Der Beschwerdeführer ist als Hilfsarbeiter zu qualifizieren. Gemäss den LSE von 2014 und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für das Jahr 2015 haben Männer im Kompetenzniveau 1 bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden durchschnittlich ein Jahreseinkommen von Fr. 66'633.-- erzielt (vgl. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019).

5.3. Ausgehend von einer vollen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'173.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 66'633.-- ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 10%. Ob ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen ist und wenn ja, in welcher Höhe, kann bei diesem Ergebnis offenbleiben, zumal nicht einmal der maximal mögliche Abzug von 25% - wie er vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt wird (act. G 1 S. 7) - rentenbegründend wirkt (Invaliditätsgrad von rund 33%). Der Beschwerdeführer hat somit keinen Rentenanspruch.

6.

6.1. Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

6.3. Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers (vgl. act. G 12). Am 22. Februar 2019 reichte die Rechtsvertreterin eine Kostennote für das Beschwerdeverfahren ein (act. G 23 und



G 23.1). Darin macht sie für den Zeitraum vom 2. März 2018 bis 22. Februar 2019 einen Aufwand von 26.93 Stunden und ein Honorar von Fr. 7'540.95 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) geltend unter Auflistung der erbrachten Leistungen. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.- bis Fr. 15'000.-. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) der Bedeutung und dem Aufwand für die Streitsache angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes; sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

6.4. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).