



**Fall-Nr.:** IV 2019/5  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.06.2021  
**Entscheiddatum:** 11.11.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.11.2020**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung Privatgutachten. Einkommensvergleich. Anspruch auf eine Dreiviertelrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. November 2020, IV 2019/5).**

**Entscheid vom 11. November 2020**

Besetzung

Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2019/5

Parteien

**Erbengemeinschaft A.\_\_\_\_ sel.,**

bestehend aus:

- B.\_\_\_\_,
- C.\_\_\_\_,
- D.\_\_\_\_,
- E.\_\_\_\_,
- F.\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer/-innen,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Nadeshna Ley, Blumenbergplatz 1, Postfach 1126, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 13. Juni 2014 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Der behandelnde Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, berichtete am 26. August 2014, der Versicherte leide an einer druckbedingten Schädigung des Nervus radialis rechts und an einem Sulcus ulnaris-Syndrom rechts. Für die angestammte Tätigkeit bescheinigte er dem rechtshändigen Versicherten eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 14; siehe auch den Bericht vom 3. März 2015, IV-act. 35). Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Zentrum I.\_\_\_\_ am Kantonsspital St. Gallen (KSSG), stellte eine extensorenbetonte Parese der Hand und Finger rechts sowie einen ausgeprägten Nikotin- und Alkoholmissbrauch fest. Des Weiteren äusserte er den Verdacht auf einen Status nach Plexusneuritis rechts vor 12 Jahren. Er bescheinigte dem Versicherten bezogen auf die angestammte Tätigkeit ebenfalls eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 23. Dezember 2014, IV-act. 30). Die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, vertrat in der Stellungnahme vom 23. März 2015 die Auffassung, der Versicherte verfüge für leidensangepasste Tätigkeiten über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 36).

**A.b.** Am 8. Juni 2015 führte die IV-Stelle im Betrieb des Versicherten eine Abklärung durch. Die Abklärungsperson ermittelte im Rahmen eines Betätigungsvergleichs eine 60%ige Einschränkung (Abklärungsbericht vom 31. August 2015, IV-act. 48).



**A.c.** Im Verlaufsbericht vom 4. November 2015 gab Dr. G.\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär bis verschlechtert (IV-act. 59). Die RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ ging davon aus, dass der Versicherte über eine «AF leidensadaptiert 8h/d» verfüge (Stellungnahme vom 7. Dezember 2015, IV-act. 61). Gestützt auf diese Einschätzung ermittelte die IV-Stelle im Rahmen eines Einkommensvergleichs einen 6%igen Invaliditätsgrad und zeigte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Dezember 2015 die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 65). Dagegen erhob der Versicherte am 30. Januar 2016 Einwand und beantragte zur Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit das Einholen eines interdisziplinären (internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachtens (IV-act. 67). Am 9. Februar 2016 orientierte er die IV-Stelle, dass sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert habe und er von seinem Hausarzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vollständig arbeitsunfähig geschrieben worden sei (IV-act. 77; zum Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. K.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2016 siehe IV-act. 78 und zu dessen Bericht vom 12. Februar 2016 [Datum Posteingang IV-Stelle] siehe IV-act. 79). Die RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ gab auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Versicherten an, dass «nach Abstinenz und Stopp des jahrelangen massiven Alkohol- und Nikotinabusus» der weitere «Erfolg mit einer möglichen insbesondere cerebralen Erholungsphase von 4 Monaten abgewartet werden» solle (Stellungnahme vom 31. März 2016, IV-act. 95).

**A.d.** Die am 25. Oktober 2016 durchgeführten bildgebenden Abklärungen (MRT und MRA des Neurokraniums) ergaben einen subakuten, hämorrhagischen Stammganglieninfarkt im linken Thalamus und eine globale, hipokampal betonte Hirnatrophie (IV-act. 110-19). Am 20. November 2016 berichtete Dr. K.\_\_\_\_, der Versicherte leide an: einer psychischen Störung durch Alkohol, einer alkoholtoxischen Hepatitis (ICD-10: F10.1, F10.2); einem subakuten Hirninfarkt unklarer Aetiologie im Thalamus links (Erstdiagnose 11/2016) mit Verdacht auf über die Altersnorm hinausgehender Einschränkung der Hirnleistung, global hipokampal, mit betonter Hirnatrophie; einer Parese der rechten Hand und Finger; einer komplexen Kniepathologie mit chronischer Instabilität und chronischem Gelenkerguss rechts; einer COPD und Hartmetallstaubexposition; einer arteriellen Hypertonie; einer degenerativen Wirbelsäulenkrankheit mit Discushernie cervical und lumbal sowie an



einer chronisch rezidivierenden Augenentzündung. Es bestünden offensichtliche Einschränkungen in der Merk- und Denkfähigkeit sowie der Motorik des Versicherten. Des Weiteren führe eine Anstrengung zu Atemnot. Ein Alkohol- und Nikotinstopp sei empfehlenswert. Abgesehen von den Schwierigkeiten, eine Suchtmittelabstinenz zu erreichen, sei damit eine substantielle Verbesserung der Funktionseinschränkungen nicht sicher zu erwarten. Es sei mit einer weiteren Verschlechterung zu rechnen. De facto sei der Versicherte zwar zu 80 bis 90% im eigenen Betrieb anwesend, seine Leistungen aber unbedeutend (nicht über 30%). Eine leidensadaptierte Tätigkeit könne nicht vorgeschlagen werden (IV-act. 110-6 f.).

**A.e.** Der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt u.a. für Innere Medizin, gelangte in der Stellungnahme vom 17. Januar 2017 zum Schluss, die nun eingegangenen medizinischen Unterlagen würden eine im Vordergrund stehende Störung durch Alkohol aufzeigen. Die Laborwerte bis Herbst 2016 würden auf einen starken Konsum hindeuten. Die verbliebene Leistungsfähigkeit könne bei fortgeführtem Alkoholabusus nicht seriös beurteilt werden. Es sei hierzu eine Suchtmittelkarenz erforderlich. Aus der Sicht des RAD könne die Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht auferlegt werden für eine Entgiftungs- und anschliessende Entwöhnungsbehandlung. Die bekannten Gesundheitsschäden würden auf einen langjährigen Abusus hinweisen, sodass einer stationären Suchtbehandlung der Vorzug zu geben sei (IV-act. 112). Daraufhin forderte die IV-Stelle den Versicherten mit Schreiben vom 8. Mai 2017 auf, sich bis spätestens 31. Oktober 2017 einer insgesamt mindestens dreimonatigen Alkoholabstinenz mit Entzug- und anschliessender Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen. Nach erfolgtem Entzug und Beginn der Entwöhnungsbehandlung habe er der IV-Stelle einen ersten Abstinenznachweis zu erbringen. Sobald dieser erbracht worden sei, würde sie (die IV-Stelle) eine medizinische Begutachtung in Auftrag geben (IV-act. 121).

**A.f.** Wegen einer fortgeschrittenen Pagonarthrose am rechten Kniegelenk wurde der Versicherte am 16. Juni 2017 in der Chirurgischen Klinik am Spital M.\_\_\_\_ operiert (Einsetzen einer Knie totalprothese rechts; Operationsbericht vom 22. Juni 2017, UV-act. 71). Im postoperativen Verlauf verschlechterte sich der Gesundheitszustand des Versicherten, weshalb er erst ins Kantonsspital St. Gallen und ab dem 22. Juni 2017 in der Intensivstation für Herz- und Gefässchirurgie am Universitätsspital Zürich



## St.Galler Gerichte

behandelt werden musste. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten u.a. rezidivierende ausgedehnte, akute cerebrale Ischämien in unterschiedlichen Stromgebieten, einen kardiogenen Schock bei STEMI und koronarer 3-Gefässerkrankung und ein paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern. Am 29. Juni 2017 verstarb der Versicherte (Austrittsbericht vom 29. Juni 2017, IV-act. 131).

**A.g.** Der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 9. November 2017 aus, über genaue Funktionseinschränkungen durch den im November 2016 festgestellten subakuten (d.h. schon länger abgelaufenen) Thalamusinfarkt ebenso wie durch die «komplexe Kniepathologie» rechts lägen keine genaueren Angaben vor. Diese hätten nach ausreichender Suchtstoffkarenz des Versicherten abgeklärt werden sollen. Bis etwa Juni 2017 sei auf dem Boden der vorhandenen Datenlage von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen (IV-act. 134). Hierzu nahmen die Erben des Versicherten am 5. Oktober 2018 Stellung. Gestützt auf ein Privatgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 2. Oktober 2018 (IV-act. 152-4 ff.) machten sie geltend, die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten habe bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten mindestens 50 bis 60% betragen (IV-act. 152). Der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ gab in der Stellungnahme vom 20. November 2018 an, anhand der vorliegenden Akten könne die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden (IV-act. 154). Nach einer internen Besprechung vertrat die IV-Stelle die Ansicht, dass der neurologische Gutachter nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit habe darlegen können, dass «eine Gesundheitsschädigung mit einem relevanten Ausmass auf die AF adaptiert bestanden hat». Die Folge der Beweislosigkeit gehe zu Lasten des Versicherten (Besprechungsprotokoll vom 22. November 2018, IV-act. 155). Am 22. November 2018 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 156).

## **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 22. November 2018 erhoben die Beschwerdeführer und Beschwerdeführerinnen am 9. Januar 2019 Beschwerde. Sie beantragten deren Aufhebung und die Zusprache einer ganzen Rente; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung brachten sie vor, dass sowohl Dr. N.\_\_\_\_ als



auch Dr. G.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 bis 60% bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigt hätten. Durch die Thalamusblutung sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zusätzlich eingeschränkt worden, weshalb nicht vom Mittelwert, sondern von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Die davon abweichende Einschätzung des RAD-Arztes Dr. L.\_\_\_\_ sei nicht überzeugend. In Berücksichtigung eines 20%igen Tabellenlohnabzugs resultiere ein 70%iger Invaliditätsgrad. Die Übernahme der Kosten für das Privatgutachten seien bislang nicht Gegenstand des Verwaltungsverfahrens gewesen und bilde nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung. Im Fall einer Rentenzusprache dürfte klar sein, dass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin erfüllt seien. Sollte diese Frage im Urteilszeitpunkt immer noch offen sein, werde um eine entsprechende Anweisung im Kostenpunkt ersucht (act. G 1).

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 11. März 2019 die Abweisung der Beschwerde. Vorliegend könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden, ob der Alkoholismus im Zusammenhang mit den Beschwerden des Versicherten gestanden habe oder nicht. Bezüglich der medizinischen Würdigung des Sachverhalts verwies sie auf die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. L.\_\_\_\_. Zusammenfassend könne retrospektiv nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestätigt werden, dass eine Gesundheitsschädigung mit einem relevanten Ausmass auf die Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten bestanden habe. Weitere Abklärungsmöglichkeiten bestünden nicht. Folglich müsse in antizipierender Beweiswürdigung von einer objektiven Beweislosigkeit ausgegangen werden. Deren Folgen würden zulasten der Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer gehen (act. G 7).

**B.c.** In der Replik vom 11. Juni 2019 hielten die Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde fest (act. G 13).

**B.d.** Die Beschwerdegegnerin verzichtete stillschweigend auf eine Duplik (act. G 15).



### Erwägungen

#### 1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch zu Lebzeiten des Versicherten.

**1.1.** Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

**1.3.** Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.



**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). 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 abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

## **2.**

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif erstellt ist.

**2.1.** Bei der Würdigung des Privatgutachtens vom 2. Oktober 2018 ist von Bedeutung, dass es auf einer umfassenden Berücksichtigung der relevanten medizinischen Vorakten (IV-act. 152-7 ff.; zur persönlichen Sichtung der bildgebenden Abklärungsergebnisse siehe IV-act. 152-6 und zum Beizug eines neuroradiologischen Experten siehe IV-act. 152-18) und auf fachneurologischem Sachverstand beruht, der Gutachter die Unsicherheiten sorgfältig offenlegt, seine Einschätzung trotzdem nachvollziehbar - insbesondere in schlüssiger Diskussion der abweichenden Beurteilung anderer medizinischer Fachpersonen (siehe etwa IV-act. 152-23 f.) - und u.a. gestützt auf eine überzeugende Konsistenz- und Ressourcenprüfung (IV-act. 152-25) begründet. Des Weiteren ergeben sich keine Gesichtspunkte, die geeignet wären, Zweifel an der Unvoreingenommenheit des Privatgutachters zu erwecken. Solche werden denn auch von der Beschwerdegegnerin zu Recht nicht vorgebracht.

**2.2.** Hinzu kommt, dass sich die privatgutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten mit denjenigen des behandelnden Neurologen vereinbaren lässt. So bescheinigte Dr. G. \_\_\_ ebenfalls eine namhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (Bericht vom 1. März 2014, IV-act. 33-13: Arbeitsfähigkeit zwischen 40 bis 50%; Bericht vom 7. Juli 2014, UV-act. 34-3). Im Bericht vom 4. November 2015, empfahl er weitergehende Abklärungen (IV-act. 59-4), wobei er ausschliesslich den Gesundheitsschaden am rechten Arm



berücksichtigte (IV-act. 59-1) und die übrigen Leiden am Knie und im Gehirn nicht miteinbezog.

**2.3.** Hinsichtlich der in der Argumentation der Beschwerdegegnerin im Vordergrund stehenden Alkoholproblematik (siehe etwa die RAD-Stellungnahmen vom 17. Januar 2017, IV-act. 112, sowie vom 20. November 2018, IV-act. 154, und act. G 7, III.) gelangte der Privatgutachter schlüssig zur Auffassung, dass keine sicheren Hinweise für alkoholtoxische Folgeschäden am zentralen oder peripheren Nervensystem bestehen würden und dass deshalb die Alkoholabhängigkeit ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei (IV-act. 152-19). Er begründete plausibel, dass die Diagnose einer «sensibel betonten axonalen längenabhängigen Polyneuropathie im Rahmen des fortgeführten Alkoholkonsums» aus neurologischer Sicht aufgrund der Befundlage und elektrophysiologischen Untersuchungsergebnisse nicht nachvollziehbar sei (IV-act. 152-23 und IV-act. 152-24 Mitte sowie IV-act. 152-26 f.), worauf verwiesen werden kann.

**2.3.1.** Im Wesentlichen beschränkt sich der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ bei seiner nicht näher substantiierten Kritik auf den Standpunkt, «gemäss der im Gutachten aufgeführten Aktenlage ist es aus Sicht des RAD nicht statthaft, die Alkoholkrankheit des verstorbenen Versicherten als ohne Auswirkung auf die AF zu bezeichnen» (IV-act. 154-2). Dabei wird aber nicht konkret aufgezeigt, welche der plausibel erscheinenden Ausführungen des Privatgutachters mangelbehaftet wären.

**2.3.2.** Der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ übersieht ausserdem, dass die behandelnden medizinischen Fachpersonen der Suchtthematik sowohl unter dem Aspekt der Entstehung sowie der Aufrechterhaltung des Gesundheitsschadens keinen wesentlichen Einfluss beimassen. Bereits im Bericht vom 26. August 2014 stellte Dr. G.\_\_\_\_ eine pessimistische Prognose, dass auch unter Fortführung der Therapie in absehbarer Zeit keine relevante Besserung der funktionell deutlich einschränkenden Nervenschädigung abzusehen sei (IV-act. 14-2; siehe auch IV-act. 35-2, IV-act. 59-2 und IV-act. 85-2). Es finden sich keine Hinweise darauf, dass der Suchtmittelkonsum eine entscheidende Bedeutung auf den Gesundheitsschaden hatte bzw. eine Abstinenz zu einer Verbesserung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit hätte führen können. Nichts anderes gilt mit Blick auf die von Dr. G.\_\_\_\_ zuhanden der Beschwerdegegnerin (IV-act. 35-2) und zuhanden des Unfallversicherers erstellten Berichte, worin krankheitsfremde Gründe ausgeschlossen wurden (UV-act. 33-12 f. und UV-act. 34-2 f.). Dr. H.\_\_\_\_ sah nur ein geringes Regenerationspotential (IV-act. 30-1) und empfahl keine Suchtmittelabstinenz für die zukünftige Therapie, sondern die



Durchführung von Ergo- und Physiotherapie. Er führte zudem aus, inwieweit der Alkohol- und Nikotinkonsum eine Rolle spielen würden, lasse sich anhand der gegenwärtigen Untersuchung nicht abschätzen. Im Übrigen nahm er trotz fortgeführtem Suchtmittelkonsum Hinweise für eine Reinnervation wahr (IV-act. 30-3). Selbst die RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ verneinte am 23. März 2015, dass es in absehbarer Zeit zu einer relevanten Verbesserung kommen könnte und der Gesundheitszustand als stabil betrachtet werden müsse (IV-act. 36-2). Am 7. Dezember 2015 ergänzte sie, dass die zumutbaren Therapien durchgeführt worden seien (IV-act. 61-2). Der Privatgutachter bestätigte ebenfalls die Therapieadhärenz des Versicherten (IV-act. 152-21). Dr. K.\_\_\_\_ brachte sodann deutliche Vorbehalte an der Erwartung an, dass ein Alkohol- und Nikotinstopp zu einer substantiellen Verbesserung führen könnte (IV-act. 110-7). Entscheidend ist ausserdem, dass aus keinem medizinischen Bericht hervorgeht, die Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit gingen im Suchtmittelkonsum bzw. in blossen Rauschfolgen auf. Selbst wenn im Übrigen - zu Unrecht - davon ausgegangen würde, die Alkohol- und Nikotinsucht bzw. deren Folgen hätten einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gehabt, wären entsprechende Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit auch invalidenversicherungsrechtlich relevant (BGE 145 V 215), zumal keine Inkonsistenzen vorliegen und der Privatgutachter hinsichtlich der - unabhängig der Genese ausgewiesenen - Einschränkungen die Ressourcenlage schlüssig beurteilte (siehe vorstehende E. 2.1). Folglich vermag die Beschwerdegegnerin aus ihrem Standpunkt in Bezug auf die Suchtthematik so oder anders nichts zu ihren Gunsten abzuleiten.

**2.4.** Des Weiteren bemängelte der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ die Annahme des Privatgutachters, die Beschwerden des Versicherten würden auf eine Kompression eines Halsmark-Nerven zurückgehen. Diese stünde im Kontrast zu der Angabe des neurologischen Behandlers von Mai 2013, derzufolge keine eindeutigen Kompressionserscheinungen vorgelegen hätten (IV-act. 154-2). Vorab ist festzustellen, dass sich die Unklarheiten vor allem auf die diagnostische Einordnung beziehen, nicht jedoch die - für den Rentenanspruch einzig relevanten - vorhandenen Funktionsbeeinträchtigungen betrafen (siehe zu den bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten vorstehende E. 2.2). Von Bedeutung ist ausserdem, dass der Privatgutachter bei der Würdigung des Gesundheitsschadens auf mehreren Seiten sehr detailliert und sorgfältig auf sämtliche relevanten Vorakten einging und ausführlich abwog, welche Gesichtspunkte im Einzelnen für und gegen die verschiedenen Diagnosen sprechen (IV-act. 152-20 ff. und -26 f.). Der RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ legte denn auch nicht konkret dar, inwiefern die privatgutachterliche Würdigung in sich nicht



schlüssig wäre. Ergänzend kann auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer verwiesen werden (act. G 1, Rz 15).

**2.5.** Gestützt auf die beweiskräftige Einschätzung des Privatgutachters ist davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten ab Dezember 2013 zu 55% eingeschränkt war (Mittelwert Arbeitsfähigkeitsschätzung von «50-60%», IV-act. 152-26; zum Abstellen auf den Mittelwert siehe etwa den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 7. Mai 2015, IV 2014/324, E. 2.4.5). Auch wenn ab Oktober 2016 eine weitere Verschlechterung auftrat, so kann eine zusätzliche quantitative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten nicht bejaht werden. Der Privatgutachter setzte die weitere Verschlechterung denn auch hauptsächlich in einen Zusammenhang mit dem Anforderungsprofil an eine leidensangepasste Tätigkeit (IV-act. 152-26). Unter diesen Umständen drängt sich entgegen der Sichtweise der Beschwerdeführerinnen und der Beschwerdeführer (act. G 1, Rz 17) nicht auf, vom Mittelwert der Arbeitsunfähigkeitsschätzung abzuweichen.

### 3.

Zu bestimmen bleibt der Invaliditätsgrad im Rahmen eines von den Parteien zu Recht unbestritten gebliebenen Einkommensvergleichs.

**3.1.** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Massgebend für die Höhe der Vergleichseinkommen ist in zeitlicher Hinsicht der Rentenbeginn. Die Arbeitsunfähigkeit trat im Dezember 2013 ein (IV-act. 1-7 und IV-act. 152-26). Die IV-Anmeldung erfolgte am 13. Juni 2014 (IV-act. 1-9), womit ein Rentenanspruch ab 1. Dezember 2014 entsteht (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG). Die Abklärungsperson legte schlüssig dar, dass der vom Versicherten abgerechnete Lohn von Fr. 69'600.-- auch den Erwerbsmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt bzw. dem Valideneinkommen für das Jahr 2014 entsprochen haben dürfte (IV-act. 48-6 und -13).

**3.2.** Mit den Parteien ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens nicht auf den Resterwerb im eigenen Betrieb des Versicherten, sondern auf den Medianlohn für Hilfsarbeiter gemäss schweizerischer Lohnstrukturerhebung abzustellen (act. G 1,



Rz 19, und IV-act. 156-2). Dieser betrug für das Jahr 2014 Fr. 66'453.-- (Anhang 2: Lohnentwicklung, IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Mit Blick auf die funktionelle Einhändigkeit (zu den Einschränkungen siehe IV-act. 152-26) und die langjährige Beschäftigung im eigenen (Nischen-)Betrieb (IV-act. 22-2, IV-act. 48-3 und -4), die mit starkem körperlichem Einsatz verbunden war (IV-act. 22-2), war bei der Verwertung der Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (IV-act. 152-26) von erheblichen Anpassungs- und Umstellungsschwierigkeiten auszugehen, die - unter Einbezug eines Teilzeitabzugs - mindestens einen 10%igen Tabellenlohnabzug rechtfertigen. Es kann offenbleiben, ob - etwa unter zusätzlicher Berücksichtigung des Alters des Versicherten - ein höherer Tabellenlohnabzug gerechtfertigt wäre, da selbst die Gewährung eines nach der Rechtsprechung höchstzulässigen Tabellenlohnabzugs von 25% (BGE 126 V 75) ohne Einfluss auf den Rentenanspruch bliebe. Folglich ist unter Berücksichtigung einer 45%igen Restarbeitsfähigkeit und einem 10%igen Tabellenlohnabzug von einem Invalideneinkommen von Fr. 26'913.-- (Fr. 66'453.-- x 0,45 x 0,9) bzw. bei einem 25%igen Tabellenlohnabzug von Fr. 22'428.-- (Fr. 66'453.-- x 0,45 x 0,75) auszugehen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'600.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 26'913.-- bzw. von Fr. 22'428.-- resultieren ein Verlust an Erwerbsmöglichkeiten von Fr. 42'687.-- (Fr. 69'600.-- - Fr. 26'913.--) bzw. von Fr. 47'172.-- (Fr. 69'600.-- - Fr. 22'428.--), ein Invaliditätsgrad von abgerundet 61% (Fr. 42'687.-- / Fr. 69'600.--) bzw. von aufgerundet 68% (Fr. 47'172.-- / Fr. 69'600.--) und folglich ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG) für die Dauer vom 1. Dezember 2014 (siehe vorstehende E. 3.1) bis 30. Juni 2017 (Art. 30 IVG; vgl. auch Rz 3116 i.V.m. Rz 3119 der Wegleitung über die Renten in der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [RWL]).

#### 4.

Zur allfälligen Übernahme der Kosten für das Privatgutachten äusserte sich die Beschwerdegegnerin soweit ersichtlich nicht. Sie bildete auch nicht Gegenstand der angefochtenen Rentenverfügung, womit sich Weiterungen hierzu erübrigen. Auf den Antrag der Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer um eine entsprechende Anweisung im Kostenpunkt (siehe hierzu act. G 1, S. 14) ist daher nicht einzutreten.

#### 5.

**5.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und den Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführern als Erben des Versicherten eine Dreiviertelsrente vom 1. Dezember 2014 bis 30. Juni 2017 für dessen Invalidität



## St.Galler Gerichte

zuzusprechen. Auf den Antrag betreffend die Übernahme der Kosten für das Privatgutachten ist nicht einzutreten.

**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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. betreffend quantitative Überklagung das Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C\_288/2015, E. 4.2). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist den Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführern zurückzuerstatten.

**5.3.** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführer hat keine Honorarnote eingereicht. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 22. November 2018 aufgehoben und den Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführern als Erben des Versicherten eine Dreiviertelsrente vom 1. Dezember 2014 bis 30. Juni 2017 für dessen Invalidität zugesprochen. Auf den Antrag betreffend die Übernahme der Kosten für das Privatgutachten wird nicht eingetreten.

### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird den Beschwerdeführerinnen und Beschwerdeführern zurückerstattet.



### 3.

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