

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/306 vom 15. September 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-09-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2015_306

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/306 du 15 septembre 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/306 del 15 settembre 2017

Regeste

Art. 7 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG: Beurteilung eines polydisziplinären MEDAS-Gutachtens als beweistauglich. Dieses attestiert dem an den Folgen eines Herzinfarkts (inferiorer STEMI), an chronifizierten panvertebrogenen, vor allem lumbalen Beschwerden und an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der unteren Extremitäten leidenden Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in seinem angestammten Beruf als Taxichauffeur (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. September 2017, IV 2015/306).

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu beurteilen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente hat. 1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen

angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). 1.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 25. März 2015 (IV-act. 88). Dessen umstrittene Beweistauglichkeit ist im Folgenden zu prüfen. 2.2 Gegenüber dem angiologischen Gutachter beklagte der Beschwerdeführer anstrengungsabhängige Beinschmerzen beidseits, hingegen seien die anstrengungsabhängigen Gesässschmerzen seit der PTA verschwunden (IV-act. 88-39). Der Gutachter hielt fest, der Beschwerdeführer beklage Schmerzen in Rücken und Beinen beidseits. Die Beschwerden seien wechselnd. Er beschreibe eine Zunahme der Schmerzen im Rücken lumbal mit Ausstrahlung in beide Beine nach wenigen Minuten Sitzen oder Gehen. Beim Laufen träten zusätzlich Schmerzen in beiden Knien, aber auch eine Zunahme der Schmerzen im Bereiche des Ober- und Unterschenkel beidseits auf. Es bestehe dauernd eine extreme Kraftlosigkeit und Schwäche in beiden Beinen. Der Versicherte fühle sich allgemein schwach und müde (IV-act. 88-40). Der Experte erhob Pulstast- und Dopplerdruckbefunde und führte eine Drei-Etagen-Oszillographie und einen Duplex-Scan durch (IV-act. 88-41). Er diagnostizierte eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) der unteren Extremitäten im Stadium I nach Fontaine bei mittelschwerer proximaler Stenose der Arteria iliaca dextra nach erfolgreicher perkutaner transluminaler Eröffnung und Stenting der verschlossenen Arteria iliaca communis dextra und der stenoisierten Arteria iliaca sinistra (Dezember 2013), aktuell mittelschwere Stenose A. iliaca externa rechts proximal, eine koronare Herzkrankheit mit Status nach inferiorem

Myokardinfarkt vom September 2011, eine Zerebralsklerose sowie einen Zustand nach Lungenembolie Januar 2013 (IV-act. 88-38, 42). Er kam zum Schluss, da aktuell keine symptomatische periphere arterielle Verschlusskrankheit vorliege, könne dem Beschwerdeführer aus angiologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden (IV-act. 88-42). Damit stimmt der Gutachter mit der Beurteilung der Klinik für Angiologie des KSSG überein, wo ebenfalls eine PAVK Stadium I bds. diagnostiziert und aus angiologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit zuerkannt wurde (Arztbericht vom 17. April 2014 [Eingang bei der Beschwerdegegnerin], IV-act. 62-1 ff.).

E. 2.3

2.3.1 Dem rheumatologischen Gutachter schilderte der Beschwerdeführer, er leide seit 3 bis 4 Jahren unter Lumbalgien, die im Vordergrund stünden, daneben an gleichzeitig auftretenden Dorsalgien und weniger ausgeprägt auch an Zervikalgien. Die maximale Gehstrecke betrage fünf Minuten, wobei die Schmerzintensität seit der Gefäßoperation deutlich vermindert sei. Des Weiteren verspüre er fast permanent Arthralgien in den proximalen und distalen Fingergelenken. Der Gutachter hielt fest, die Präzisierung in Bezug auf Bewegungs- und Positionsabhängigkeit der Beschwerden sei dem Beschwerdeführer schwer gefallen. Die Anamneseerhebung sei durch fehlende Bemühung um jegliche Präzisierung deutlich erschwert gewesen. Der Beschwerdeführer habe alle Suggestivfragen positiv beantwortet (IV-act. 88-33 f.). Die Wirbelsäulenschmerzen könnten nicht präzisiert werden, sodass die Relevanz bezüglich beruflicher Ausübung sowie bei der Alltagsbewältigung auf Grund der subjektiven Aussagen nicht abgeschätzt werden könnten. Die kernspintomographischen Verlaufsuntersuchungen vom 30. April 2013 und vom 8. September 2014 ergäben keinen Hinweis für eine Progredienz der degenerativen Veränderungen an den Bandscheiben und an den Wirbelkörpergelenken. Die nachweisbaren Chondrosen der Bandscheiben und Arthrosen der Wirbelkörpergelenke im unteren Abschnitt der Lumbalwirbelsäule entsprächen einem altersphysiologischen Umbauprozess dieser Strukturen, der auch bei asymptomatischen Individuen gefunden werde. Auch der enge Rezessus lateralis bei L4/5 (LWS-MRI vom 30. April 2013) komme anamnestisch und klinisch nicht zum Vorschein. Die aktuell klinisch fassbaren Befunde im unteren Segment der Lumbalwirbelsäule stimmten mit den dokumentierten Untersuchungsergebnissen der Klinik C. ___ vom 11. November 2013 überein. Auch er schliesse eine Claudicatio spinalis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aus. Hinsichtlich der Hüftgelenke, Kniegelenke und Fingergelenke fand der rheumatologische Gutachter im Wesentlichen altersentsprechende Normbefunde (IV-act. 88-36). Aufgrund der angeblich minimalen Belastungstoleranz (IV-act. 88-35) bzw. der Diskrepanz zwischen den anamnestischen Angaben einerseits und den objektivierbaren Befunden und den bildgebenden Abklärungsergebnissen andererseits äusserte der rheumatologische Experte den Verdacht auf eine Selbstlimitierung bei Symptomenverstärkung (IV-act. 88-36). Aus rheumatologischer Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Taxichauffeur nicht gerechtfertigt werden. Für die hierfür erforderliche Belastungstoleranz bestünden keine relevanten krankhaften Veränderungen an den Gelenken oder im Bereich der Wirbelsäule (IV-act. 88-36 f.).

2.3.2 Die Beurteilung des rheumatologischen Gutachters, der chronifizierte panvertebrale Beschwerden bei altersphysiologischen Veränderungen der Lumbalwirbelsäule sowie eine Streckfehlform der Halswirbelsäule mit ungenügender zervikothorakaler Stabilisierung diagnostizierte und bei radiologisch nicht feststellbarer Progredienz der degenerativen Veränderungen keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestierte, erscheint vor dem Hintergrund der übrigen medizinischen Unterlagen

nachvollziehbar: So hatten bereits die Ärzte der Klinik C.____ eine orthopädische bzw. in der Wirbelsäule liegende Ursache für die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen vorwiegend rechts gluteal bzw. dorso-lumbal mit Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel ausgeschlossen und festgehalten, aus orthopädischer Sicht seien die Beschwerden sowohl klinisch als auch radiologisch nicht erklärbar (Berichte Klinik C.____ vom 30. April 2013 [IV-act. 42], vom 11. November 2013 [IV-act. 74-4 f.] und vom 5. Dezember 2013 [IV-act. 55]). Auch Dr. E.____ hatte gemäss ihrem Bericht vom 6. März 2014 ein entzündlich rheumatologisches Geschehen für eher unwahrscheinlich gehalten. Eine Schmerzmedikation war damals nicht erwünscht bzw. notwendig (IV-act. 74-6 f.). 2.3.3 Dr. K.____ bezog sich in seinem Bericht vom 15. September 2016 (act. G 12.2) auf einen MRI-Befund der Wirbelsäule vom 23. August 2016, welcher degenerative Veränderungen und eine Diskopathie LWK 4 bis SWK 1 mit jeweils breitbasigen Diskushernien ohne Kompression nervaler Strukturen zeigte (act. G 12.5). Diese waren im dem Gutachten zugrundeliegenden MRI-Befund vom 8. September 2014 ebenfalls festgestellt und als minimal bezeichnet worden (IV-act. 88-10, 35). Dr. K.____ äusserte sich nicht zum Gutachten oder zur Arbeitsfähigkeit und berichtete von einer stationär behandelten Schmerzexazerbation (vgl. auch Austrittsbericht Spital J.____ vom 27. Juli 2016, act. G 12.1). Sein Bericht datiert rund ein Jahr nach dem massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1), womit der Eintritt einer Verschlechterung vor diesem Zeitpunkt nicht dargetan ist. Der Bericht von Dr. L.____ vom 28. September 2016 (act. G 14.1) hält fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung insbesondere hinsichtlich der chronischen Schmerzen verschlechtert habe und die dauerhafte Tätigkeit als Taxifahrer (auch wegen der Medikation mit Opiaten) nicht mehr durchführbar sei. Auch hieraus können keine objektiven Gesichtspunkte abgeleitet werden, die das Gutachten als zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses zweifelhaft erscheinen lassen. Eine Verschlechterung seit Erlass der angefochtenen Verfügung wäre im Rahmen eines Revisionsverfahrens bzw. einer Wiederanmeldung geltend zu machen und kann im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht massgeblich sein.

E. 2.4

2.4.1 Dem psychiatrischen Gutachter berichtete der Beschwerdeführer, er habe sich bereits vor dem Herzinfarkt am 15. September 2011 oft müde und körperlich schwach gefühlt und deshalb in seiner Chauffeurstätigkeit vom Lastwagen aufs Taxi gewechselt (IV-act. 88-26, 27). Der Gutachter führte dazu aus, diese Entwicklung lasse sich aus psychiatrischer Sicht nicht hinreichend begründen (IV-act. 88-29). Weiter schildere der Beschwerdeführer, seit dem Infarkt beobachte er genau alle Körpersensationen und befürchte einen weiteren Infarkt, den er kaum überleben würde (IV-act. 88-27). Durch den Infarkt und dessen Folgen habe er die Lebensfreude verloren, unternehme in der Freizeit kaum mehr etwas und fühle keine Energie mehr. Das Leben sei eintönig und farblos geworden und es bestünden wenige Kontakte mit Kollegen und Kameraden. Er könne sich nicht vorstellen, mehr als 50 % zu arbeiten. Die aktuelle Tätigkeit fordere ihn sehr stark, er sei in der Freizeit müde und brauche Erholung (IV-act. 88-27). Im Befund beschreibt der psychiatrische Gutachter im Wesentlichen schwergewichtig enttäuschte Hoffnungen, eine praktisch "eingeschlafene" Partnerschaft und einen abwechslungsarmen Alltag mit weitgehender Sistierung aller Freizeitaktivitäten mit Dominanz der Müdigkeit. Affektivität, Antrieb und Psychomotorik seien deutlich beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer sei emotional wenig schwingungsfähig, habe Mühe gehabt, Kleinigkeiten zu nennen, die ihn

noch freuten, und kaum positive Gefühle äussern können. Er habe umfassend seine Perspektivlosigkeit und Niedergeschlagenheit geschildert (IV-act. 88-28). Der Gutachter führte aus, der Versicherte sei bedrückt, niedergeschlagen, habe eine beeinträchtigte Prognose, habe wohl auch ein schlechtes Gewissen wegen des Nikotinkonsums. Dennoch sei er in der Lage, wenn auch nur für kürzere Zeiträume, Aktivitäten auszuüben. Positive Emotionen seien auch angedeutet gewesen und er habe frühere Erfolge durchaus gelten lassen und eine gewisse Freude darüber zeigen können. Die tätigkeitsbedingte Ermüdung, die er verspüre, hemme natürlich das allgemeine Aktivitätsniveau sehr stark (IV-act. 88-28 f.). Mit der Konstellation von Migrationshintergrund, Anpassung des Tätigkeitsfeldes an eine grössere Ermüdbarkeit und Abkühlung der ehelichen Beziehung mit offenbar schwerwiegender Erkrankung des Sohnes hätten sich ungünstige Faktoren für die Bewältigung des aktenkundigen Herzinfarktes ergeben (IV-act. 88-29). Diese Entwicklung lasse sich durch die ICD Diagnostik schlecht abbilden. Gegen ein Fatigue-Syndrom spreche, dass der Versicherte bei der Untersuchung nicht müde gewesen sei, dass er berichte, über längere Zeiten unbeeinträchtigt fahren zu können sowie der Gesamteindruck der Persönlichkeit. Der Begriff des Verbitterungssyndroms sei ganz unwissenschaftlich, existiere in der ICD-Klassifikation nicht und beschreibe den Zustand dennoch am anschaulichsten. Am ehesten werde man der Problematik mit der Diagnose der Dysthymia gerecht (IV-act. 88-29). Diese könne in der Regel keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Eine leichte oder gar mittelschwere Depression könne er nicht diagnostizieren. Damit müsse aus einem ganz streng begrenzten psychiatrischen Blickwinkel eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Spontan und unreflektiert ergebe sich aber der Eindruck, dass keine volle Arbeitsfähigkeit mehr vorliege (IV-act. 88-29).

2.4.2 Abweichend vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierte die behandelnde Dr. D. ___ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), aufgrund derer der Beschwerdeführer als Taxichauffeur noch zu 50 % arbeitsfähig sei (Arztbericht vom 14. Juni 2014, IV-act. 69; Bericht vom 10. Juni 2015, IV-act. 94-5 f.; vgl. auch Bericht an den Rechtsvertreter vom 16. Juni 2014, IV-act. 71). Sie hielt fest, Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration und Belastbarkeit seien leicht bzw. stark, deutlich herabgesetzt (IV-act. 69). Der Beschwerdeführer sei wegen seinen Konzentrationsschwierigkeiten, Beinschmerzen und depressiver Antriebs- und Stimmungslage nicht mehr imstande, seine sitzende und sehr stressige Tätigkeit länger als vier Stunden täglich auszuüben. Vor Beginn der Behandlung bei ihr am 1. April 2014 habe er vom Hausarzt Antidepressiva erhalten. Die Diagnosekriterien einer mittelgradigen depressiven Episode seien erfüllt. Die Äusserungen des Versicherten gegenüber dem psychiatrischen Gutachter (betreffend Interesse- und Freudeverlust) belegten das Bestehen einer mittelgradigen Depression. Gemäss Gutachten sei der Versicherte langsam und bedrückt ins Besprechungszimmer gekommen und habe seine Perspektivlosigkeit und Niedergeschlagenheit mit wenig Gestik und Mimik geschildert. Dass der Gutachter lediglich eine Dysthymie diagnostiziert habe, sei nicht nachvollziehbar. Die Symptome seien beim Beschwerdeführer weit ausgeprägter als bei einer Dysthymie (IV-act. 94-5 f.).

2.4.3 Dr. D. ___ begründet ihre Beurteilung nicht mit relevanten medizinischen Tatsachen, die dem psychiatrischen Gutachter nicht bekannt waren, sondern macht ausdrücklich geltend, die vom Gutachter aufgeführten Befunde hätten die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom gerechtfertigt. Es handelt sich mithin um eine abweichende (diagnostische) Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts. Zudem führte RAD-Ärztin Dr.med. M. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in ihrer Stellungnahme vom 7. Juli

2015 nachvollziehbar aus, auch aus RAD-Sicht lasse sich die vorliegende Problematik durch die ICD Diagnostik schlecht abbilden. Die Diagnose der Dysthymie könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Für die Diagnose einer mittelschweren Depression seien gemäss vorliegendem Gutachten tatsächlich zu wenig Kriterien erfüllt. Allerdings sei zusätzlich zu berücksichtigen, dass der Versicherte seit seinem Rehabilitationsaufenthalt nach erlittenem Herzinfarkt das Antidepressivum Citalopram einnehme. Es könne durchaus sein, dass manche Kriterien (z.B. die in den Akten auch erwähnten Schlafstörungen) unter der medikamentösen Behandlung remittiert seien. Diese remittierten Symptome könnten aber auch keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Der psychiatrische Teil des Gutachtens sei somit nachvollziehbar und ausreichend ausführlich begründet (IV-act. 90-2). 2.5 Nach dem Gesagten ist mit dem RAD auf das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 25. März 2015 abzustellen. Eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit wurde in keinem der Teilgutachten der MEDAS bescheinigt (vgl. auch IV-act. 88-21). Auch der Arztbericht der Klinik für Angiologie des KSSG vom 17. April 2014 (Posteingang bei der Beschwerdegegnerin) attestiert rückwirkend aus angiologischer Sicht ausdrücklich keine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % (IV-act. 62-2). Folglich war die einjährige Wartezeit mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zu keinem Zeitpunkt erfüllt, weshalb auch die Zusprache einer befristeten Rente ausser Betracht fällt.

E. 3

Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sich (lit. b). Vorliegend ergeben sich aus den medizinischen Akten keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer von einem überwiegend wahrscheinlichen Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit bedroht ist (vgl. U. MEYER/M. REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. Zürich 2014, Art. 8 Rz 14). Hinsichtlich der PAVK, des lumbalen Schmerzsyndroms und aus psychiatrischer Sicht lagen zur Zeit der Begutachtung bzw. der angefochtenen Verfügung stabile Verhältnisse vor. Da diese massgebend sind, wäre eine Beurteilung der späteren Entwicklung, auch hinsichtlich beruflicher Massnahmen, lediglich nach einer Wiederanmeldung bzw. in einem Revisionsverfahren möglich (vgl. E. 2.3.3).

E. 4

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 4.2 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 vollumfänglich aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. 4.3 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.