

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/382 vom 12. Mai 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-05-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2017\\_382](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_382)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/382 du 12 mai 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/382 del 12 maggio 2020

## **Regeste**

Würdigung eines polydisziplinären Erst- und Verlaufsgutachtens. Nicht überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung im Verlaufsgutachten ist auf die unzureichende Mitwirkung des Beschwerdeführers bei der kardiologischen Abklärung zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin hätte den Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 43 Abs. 3 ATSG auffordern müssen, bei der (nachzuholenden) kardiologischen Verlaufsbegutachtung uneingeschränkt mitzuwirken. Unzureichende Abklärung der Validenkarriere. Rückweisung zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Mai 2020, IV 2017/382). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2020.

## **Volltext**

Entscheid vom 12. Mai 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Vera Kolb  
Geschäftsnr. IV 2017/382 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 10. April 2007 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Infolge erfolgloser Abmahnungen (vgl. IV-act 36, 37, 43, 45) bezüglich der Zustellung von Buchhaltungsunterlagen bzw. Buchhaltungsabschlüssen der Jahre 2002 bis 2007 bzw. 2005 bis 2007 der B.\_\_\_\_ GmbH (in welcher der Versicherte Gesellschafter und Geschäftsführer war) trat die IV-Stelle am 2. Dezember 2008 nicht auf das Leistungsbegehren ein (IV-act. 48). Gegen diese Nichteintretensverfügung erhob der Versicherte am 29. Dezember 2008 Beschwerde, welche vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 26. August 2009 gutgeheissen wurde (IV 2009/12; IV-act. 80). Das Versicherungsgericht hob die Verfügung vom 2. Dezember 2008 auf und wies die IV-Stelle an, das Leistungsgesuch materiell zu behandeln. Die IV-Stelle wies das Rentenbegehren mit einer Verfügung vom 4. Januar 2010 ab (IV-act. 99). Hiergegen liess der Versicherte am 2. Februar 2010 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Viertelsrente zuzusprechen (IV-act. 105). Mit einem Urteil vom 17. Juli 2012 wies das Versicherungsgericht des Kantons St.Gallen die Beschwerde ab (IV 2010/41; IV-act. 126). Dieses Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 20./27. September 2010 ersuchte Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, im Auftrag des Versicherten um eine erneute Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs (IV-act. 114 und 116). Die IV-Stelle eröffnete ein entsprechendes Verwaltungsverfahren. Am 21. Januar 2013 teilte sie dem Versicherten mit, dass sie eine umfassende medizinische Untersuchung als notwendig erachte (IV-act.

136). Die MEDAS Interlaken Unterseen GmbH erstattete am 29. Oktober 2013 ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kardiologie, Pneumologie, Allergologie und klinische Immunologie; IV-act. 158). Ihre Sachverständigen gaben an, aus rheumatologischer Sicht lägen ein leichtes Schmerzsyndrom im linken lumbosakralen Übergang mit einer ischialgiformen Schmerzprojektion in die linke untere Extremität sowie eine erhebliche muskuläre Dysbalance des Beckengürtels mit deutlichen Muskelverkürzungen vor. Trotz der langjährigen Schmerzen weise die Wirbelsäule nahezu normale Verhältnisse (ohne Entwicklung von degenerativen Diskopathien, ohne auffällige Fehllhaltung und ohne Pathologie an den Iliosakralgelenken) auf. In den nächsten Jahren sei keine Verschlechterung der funktionellen Kapazität am Achsenskelett zu erwarten. In rheumatologischer Hinsicht werde damit eine leichte Verminderung der zumutbaren mechanischen Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule begründet; diese Einschränkung betrage maximal 15 bis 20 Prozent (8.4 Stunden pro Tag mit einer medizinisch-theoretisch korrigierbaren Leistungsminderung von 15 bis 20 Prozent) für die bisherige und jede andere mechanisch leichte bis mittelschwere Arbeitstätigkeit mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen. Aus kardiologischer Sicht lägen eine koronare und dilatative Kardiopathie und ein leicht dilatierter linker Ventrikel vor. Die Ergometrie habe bis zu einer Intensität von 92 Watt durchgeführt werden können, was einer mittelschwer eingeschränkten Leistungsfähigkeit entspreche. Typische pektanginöse Beschwerden oder ischämiespezifische EKG-Veränderungen seien nicht aufgetreten. Eine Progression der koronaren Herzkrankheit sei unwahrscheinlich, eine manifeste Herzinsuffizienz liege nicht vor. Gewisse Einschränkungen seien durch die deutliche linksventrikuläre Dysfunktion (LV-Dysfunktion) erklärbar. Die angestammte Tätigkeit als Plattenleger sei seit Januar 2010 nicht mehr zumutbar. In einer körperlich nicht bis höchstens leicht belastenden Verweistätigkeit sei eine Arbeitsfähigkeit von 75 Prozent gegeben, wobei eine gewisse Tagesmüdigkeit durch die LV-Dysfunktion und die Herzinsuffizienzmedikamente zu erklären sei. Aus pneumologischer Sicht liege eine lungenfunktionell mittelschwere, obstruktive Ventilationsstörung vor; man könne von einer COPD sprechen, bei welcher die CO-Diffusionskapazität mittelstark vermindert sei. Deshalb sei die Tätigkeit als Plattenleger nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte Arbeiten in einer allergen- und staubarmen Umgebung bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Der allergologische und immunologische Sachverständige führte aus, dass die akut rezidivierende, wahrscheinlich spontane Urtikaria zurzeit das Hauptproblem bilde. Der Beschwerdeführer erhalte bereits die "most promising"-Therapie in Form von Omalizumab (Xolair). Bei der Nasenpolypese handle es sich um einen chronisch entzündlichen Prozess, der in der Folge zum Beispiel nach Infekten oder Stress zusätzlich eine intermittierende Verschlechterung des Asthmas nach sich ziehen könne. Eine atopische Veranlagung bestehe nicht. Aus allergologischer Sicht habe bezüglich der beruflichen Tätigkeit höchstens die Respirationssymptomatik einen Einfluss, wobei mit den heutigen Therapiemöglichkeiten, bei dem vorliegenden Schweregrad und Verlauf weder das Asthma noch die COPD ausreichen, um eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit auszusprechen (ausser bei Exazerbationen). Auch andere Krankheiten/Syndrome wie die rezidivierende Anaphylaxie oder die rezidivierende oder chronische Urtikaria führten jeweils nur zu befristeten Arbeitsunfähigkeiten. Eine psychiatrische Diagnose wurde nicht gestellt. Interdisziplinär listeten die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf: Koronare Herzkrankheit, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, rezidivierende Urtikaria,

rezidivierende Anaphylaxien, chronische eosinophil-entzündliche Respirationssymptomatik unklarer Denomination und leichtgradiges Schmerzsyndrom im linken lumbosakralen Übergang mit ischialgiformer Schmerzprojektion und muskuläre Dysbalance des Beckengürtels mit deutlichen Muskelverkürzungen. Sie konstatierten, aus interdisziplinärer Sicht sei der Versicherte für die angestammte Tätigkeit als Plattenleger spätestens seit Januar 2010 voll arbeitsunfähig. In einer angepassten, leichten, zum Teil wechselbelastenden Tätigkeit, ohne staubvolle Umgebung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75 Prozent. Bei einem angepassten Arbeitsplatz handle es sich um eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu gelegentlichen Wechsellagen. Das Heben und Tragen von Lasten über 5kg, Tätigkeiten, die Zwangshaltungen des Kopfes oder des Rückens erforderten, langdauernde Überkopftätigkeiten oder Tätigkeiten in kniender oder kauender Körperstellung seien zu vermeiden. Mit einem Vorbescheid vom 12. Februar 2014 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 163). Der Versicherte liess am 10. März/1. April 2014 insbesondere einwenden (IV-act. 165 und 168), es seien weitere medizinische Abklärungen, insbesondere eine Begutachtung mit Blick auf die allergischen Reaktionen sowie eine Spiro-Ergometrie, vorzunehmen und dann sei neu zu entscheiden. Zur Begründung liess er ausführen, das MEDAS-Gutachten vom 29. Oktober 2013 bestehe aus einzelnen Teilgutachten, wobei der Blick für das Ganze bzw. die Gesamtschau der interdisziplinären Krankheit fehle. Es bestehe zumindest die Möglichkeit einer Kumulation der einzelnen, in den unterschiedlichen Teilgutachten angegebenen Prozentzahlen betreffend die Arbeitsunfähigkeit; dies sei nicht thematisiert bzw. darüber sei keine Stellungnahme abgegeben worden. Ferner sei keine Spiro-Ergometrie durchgeführt worden, obwohl damit – zumindest ansatzweise – eine Gesamtschau der effektiven Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit hätte erfolgen können. Das allergologische und immunologische Teilgutachten vom 24. September 2013 sei nicht korrekt, zumal der Versicherte in der Vergangenheit extreme allergische Reaktionen gezeigt habe. In diesem Bereich seien daher weitere Abklärungen bzw. Gutachten zu erstellen. Die allergischen Reaktionen wirkten sich auf die Psyche des Versicherten aus; er erlebe Todesängste. Letztere seien neuerer Art und deshalb im psychologischen Teilgutachten vom 30. Mai 2013 nicht berücksichtigt worden. Weiter reichte der Rechtsvertreter des Versicherten nachträglich die Berichte des Spitals D.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2013 und 10. März 2014, des Universitätsspitals Zürich (USZ) vom 18. Februar 2014 sowie des Hausarztes Dr. C.\_\_\_\_ vom 22. März 2014 ein (IV-act. 168-11 ff.). Am 13. Mai 2014 nahm die MEDAS Stellung (IV-act. 173) zu den Einwänden des Versicherten. Sie führte aus, eine Spiroergometrie würde keine neuen Erkenntnisse bringen. Die beim Kardiologen durchgeführte Ergometrie sei bei 92 Watt, in erster Linie wegen Beinschwäche und Hyperventilation, abgebrochen worden; bei der Spiroergometrie wäre keine bessere Compliance zu erwarten. Eine Spiroergometrie wäre nur dann sinnvoll, wenn dem Versicherten noch eine körperlich aktive Tätigkeit zumutbar wäre, was klar verneint werde. Der Versicherte sei als Plattenleger zu 100 Prozent arbeitsunfähig. Der Pneumologe habe in Ruhe eine Sauerstoffsättigung von 95 Prozent gemessen, was der Norm entspreche und für eine sitzende Tätigkeit voll und ganz ausreiche. Das allergologische und immunologische Teilgutachten gehe nicht fehl. Darin und auch in dem vom USZ eingereichten Bericht vom 18. Februar 2014 seien eine rezidivierende Urtikaria, rezidivierende Anaphylaxien und eine chronische eosinophil-entzündliche Respirationssymptomatik angegeben worden. Der Sachverständige Dr. med. E.\_\_\_\_ habe dargelegt, dass eine Beruhigung respektive Kontrolle der Symptomatik durch eine Omalizumab-Behandlung (mit Xolair) erzielt werden könne.

Darauf habe der Versicherte gemäss dem Bericht des USZ vom 18. Februar 2014 auch angesprochen und darunter lediglich zweimal leichte urtikarielle Schübe aufgewiesen, die keiner Behandlung bedürft hätten. Weshalb eine Absetzung erfolgt sei, wisse die MEDAS nicht. Danach seien erneut urtikarielle Schübe mit Hospitalisationen im Spital D. \_\_\_ im Dezember 2013 und März 2014 aufgetreten. Diese Hospitalisationen seien notwendig gewesen, weil die Omalizumab-Behandlung abgesetzt worden sei. Bis zumindest Mitte März 2014 sei nicht mehr mit dieser Therapie begonnen worden, obwohl eine Kostengutsprache der Krankenkasse vorgelegen habe und das Medikament gut toleriert worden sei, die Therapie damit zumutbar gewesen sei und auch einen positiven therapeutischen Effekt gezeigt habe. Unter einer erfolgreichen Behandlung sei deshalb in einer angepassten leichten Verweistätigkeit nach wie vor ein zeitliches Pensum vom 100 Prozent zumutbar. Der Versicherte sei auch psychiatrisch fundiert exploriert worden. Während der Teilbegutachtung und auch während der Beobachtung bei den anderen Teilgutachten sowie bei der internistischen Untersuchung seien keine Anhaltspunkte für ein krankhaftes pathologisches psychiatrisches Bild aufgetreten bzw. psychische Auffälligkeiten beobachtet worden. Der Versicherte stehe nicht in psychiatrischer Behandlung und nehme keine Antidepressiva oder Benzodiazepine ein. Bezüglich der Leistungseinschränkungen werde aus versicherungsrechtlicher und bundesrechtlicher [gemeint wohl: bundesgerichtlicher] Sicht gestützt, dass die jeweiligen Leistungseinschränkungen nicht kumuliert würden, sondern dass die höchste Leistungseinschränkung überwiege. Daher werde an der bisherigen interdisziplinären Beurteilung festgehalten. Der RAD-Arzt Dr. F. \_\_\_ hielt am 3. Juni 2014 fest, dass die MEDAS mit ihrer Stellungnahme vom 13. Mai 2014 die Einwände des Rechtsvertreters mit fachlich fundierten Argumenten widerlegt habe. Damit könne auch an den im Gutachten dargelegten versicherungsmedizinischen Einschätzungen festgehalten werden. Die IV-Stelle verfügte am 7. August 2014 die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 182). Sie führte aus, dass aufgrund der eingeholten Abklärungen weiterhin auf das MEDAS-Gutachten und die darin vorgenommenen medizinischen Einschätzungen abgestellt werden könne. Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Dr. C. \_\_\_ ersuchte die IV-Stelle am 20. Januar 2015 (IV-act. 183), erneut einen Leistungsanspruch des Versicherten zu prüfen, da diesem sicherlich eine halbe IV-Rente zukomme. Am 19. März 2015 wies die IV-Stelle den Versicherten darauf hin (IV-act. 185), dass sie nicht beabsichtige, ein neues Verfahren zu eröffnen. Es stehe ihm aber frei, bis zum 15. April 2015 neue Berichte einzureichen, falls sich medizinisch in der Zwischenzeit etwas verändert habe. Am 13. April 2015 (eingegangen am 15. April 2015) ersuchte der Versicherte unter Beilage diverser ärztlicher Berichte um eine "Wiedereröffnung" des IV-Verfahrens (IV-act. 187), da sein Gesundheitszustand nach wie vor schlecht sei. Die Atemnot habe sich verschlechtert und er leide an allergischen Reaktionen, an einer schweren Müdigkeit und an einem hohen Blutdruck sowie unterdessen infolge der Krankheit auch an einem "depressiven Verhalten". Der RAD-Arzt Dr. F. \_\_\_ notierte am 7. Mai 2015 (IV-act. 192), dass die Verschlechterung auf eine Malcompliance des Versicherten (zufolge Absetzung des Xolair) zurückzuführen sei. Mit einem Vorbescheid vom 17. Juli 2015 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass sie beabsichtige, nicht auf sein neues Leistungsbegehren einzutreten (IV-act. 195). Am 29. September 2015 erliess sie dann eine Nichteintretensverfügung (IV-act. 196). Dagegen liess der Versicherte Beschwerde erheben (IV-act. 205) und beantragen, die angefochtene Verfügung vom 29. September 2015 sei aufzuheben und die IV-Stelle sei anzuhalten, auf die Neuanmeldung

vom 22. Januar 2015 einzutreten. Am 21. Januar 2016 reichte Dr. G. \_\_\_ der IV-Stelle ein Ergometrie-Protokoll ein (IV-act. 213 bis 215). Der RAD-Arzt Dr. F. \_\_\_ notierte, dass aufgrund dieses Ergometrie-Protokolls eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Versicherten nicht ausgeschlossen werden könne (IV-act. 222). Am 22. Januar 2016 verfügte die IV-Stelle den Widerruf der Verfügung vom 29. September 2015 (IV-act. 226). Am 15. Februar 2016 (IV 2015/346) schrieb das Versicherungsgericht des Kantons St.Gallen das Beschwerdeverfahren ab (IV-act 235). Am 17. Mai 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine umfassende medizinische Verlaufsuntersuchung (Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Allergologie, Rheumatologie, Psychiatrie) als notwendig erachte (IV-act. 241). Am 11. November 2016 erstatteten die Sachverständigen der MEDAS Interlaken Unterseen GmbH ihr Gutachten (IV-act. 257). Der kardiologische Sachverständige gab an, dass der echokardiographische Befund im Wesentlichen unverändert sei. Die Spiroergometrie sei durch extrakardiale Ursachen beeinflusst worden, weshalb ein Vergleich mit der Ergometrie der Erstbegutachtung nicht möglich sei. Beim Versicherten liege eine mittelschwere Schädigung der linksventrikulären systolischen Funktion bei einem Status nach einem Infarkt vor. Eine Herzinsuffizienz sei nicht gegeben (IV-act. 257-84). Dass die linksventrikuläre Funktionseinschränkung zu einer Leistungseinschränkung führe, sei denkbar, habe aber in der Spiroergometrie nicht erhoben werden können, da diese aus anderen Gründen abgebrochen worden sei. Unverändert sei der Versicherte als Plattenleger voll arbeitsunfähig. Für eine angepasste Tätigkeit könne der genaue Grad der Arbeitsfähigkeit nicht angegeben werden, da die Spiroergometrie aus nicht-kardialen Gründen vor Erreichen der Leistungsgrenze abgebrochen worden sei. In pneumologischer Hinsicht leide der Versicherte an einer COPD GOLD Stadium II bis III (IV-act. 257-98 f.). Das Asthma bronchiale sei im Zusammenhang mit einem chronisch-eosinophilen Entzündungsprozess der oberen und unteren Atemwege zu sehen. Das Erstsekundenvolumen habe sich nicht verschlechtert. Eine Messung der CO-Diffusionskapazität oder eine FE-NO-Messung habe aufgrund der mangelnden Kooperation des Versicherten nicht durchgeführt werden können. Subjektiv habe sich die respiratorische Situation des Versicherten seit der Erstuntersuchung zwar verschlechtert, das habe aber nicht objektiviert werden können; seit der Erstuntersuchung liege keine relevante Verschlechterung vor. Aus pneumologischer Sicht sei der Versicherte als Plattenleger weiterhin arbeitsunfähig; für eine leichte körperliche Arbeit in einer rauch- und allergenarmen Umgebung bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Sachverständige berichtete, dass keine Bewusstseinsstörungen, keine Orientierungsstörungen, keine kognitiven Störungen, kein psychosenahes Erleben und keine Antriebsstörungen vorlägen. Störungen der Emotionalitäten träten im Sinne von Niedergedrücktheit oder Aggressivität, Wut, Ärger oder Reizbarkeit durchaus auf, jedoch nicht als durchgängige Störung im Sinne einer affektiven Störung. Verhaltensauffälligkeiten liessen sich nicht objektivieren. Ein Gesundheitsschaden, der zu einer bleibenden oder längerdauernden Beeinträchtigung der mentalen, emotionalen und kognitiven Funktionen führen würde und sich nicht durch therapeutische Massnahmen beheben oder einschränken liesse, läge nicht vor. Hinweise für eine Anpassungsstörung seien gegeben, eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung oder eine schwerwiegende Form einer solchen Störung sei jedoch nicht vorhanden. Die Anpassungsstörung habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der allergologische und immunologische Sachverständige legte dar, dass (nach wie vor) das nicht kontrollierte Asthma der

Hauptgrund für die Arbeitsunfähigkeit und die Allergie-Episoden des Versicherten sei (IV-act. 257-120). Die Urtikaria trete bei akuten Ereignissen auf, was nicht ungewöhnlich sei. Sie bilde jedoch keinen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Der rheumatologische Facharzt gab an (IV-act. 257-128 f.), beim Versicherten bestehe prädominant ein generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom mit weitgehend symmetrisch angeordneten Weichteildruckdolenzen am Schultergürtel, um beide Ellenbogengelenke, entlang der Wirbelsäule sowie am gesamten Beckengürtel. Das Weichteilschmerzsyndrom sei Ausdruck eines myofascialen Schmerzsyndroms bei einer muskulären Dysbalance sowohl des Schulter- als auch des Beckengürtels mit einem symptomatischen Piriformis-Syndrom linksbetont. Daneben leide der Versicherte an einem chronifizierten lumbospondylogenen Syndrom mit ischialgiformer Schmerzausstrahlung in das linke Bein. Daher sei in rheumatologischer Hinsicht eine leichte Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskeletts für sämtliche rückenbelastende Tätigkeiten und eine leichtgradige, medizinisch-theoretisch korrigierbare Leistungsminderung infolge des chronischen Weichteilschmerzsyndrom gegeben. Am Bewegungsapparat hätten sich seit der Erstbegutachtung keine Veränderungen eingestellt. An der vollen Arbeitsunfähigkeit als Plattenleger könne festgehalten werden. Auch sei in einer leidensangepassten Tätigkeit weiter eine Restarbeitsfähigkeit von 100 Prozent gegeben, jedoch mit einer Leistungsminderung von etwa 15 Prozent. Diese erkläre sich durch eine allgemeine Dekonditionierung, die aber nicht nur durch die Schmerzsymptomatik am Bewegungsapparat, sondern auch durch die kardiopulmonalen Defizite zu erklären seien. Die Sachverständigen der MEDAS Interlaken Unterseen GmbH listeten interdisziplinär folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, koronare Herzkrankheit, generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom mit muskulären Dysbalancen sowohl des Schulter- als auch des Beckengürtels mit symptomatischem Piriformis-Syndrom linksbetont, keine Hinweise auf inflammatorische Grundlage der Beschwerden und chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom mit ischialgiformer Schmerzausstrahlung in das linke Bein bei einer leichten Chondrose L4/5 radiologisch. Sie führten weiter aus, in der angestammten Tätigkeit als Boden-/Plattenleger bestehe weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit, da der Versicherte wegen seiner kardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit keine schweren körperlichen Tätigkeiten mehr ausführen könne. Gemäss dem interdisziplinären Konsens sei dem Versicherten eine angepasste leichte bis mittelschwere Arbeit während 8 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche zumutbar. Dabei bestehe eine Leistungseinschränkung von 20 Prozent, woraus eine Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent resultiere. Begründet sei diese Leistungseinbusse durch eine allgemeine Dekonditionierung, ein verlangsamtes Arbeitstempo wegen der Einhaltung von ergonomischen Haltungen sowie von Pausen für Dehn- und Lockerungsübungen. Die angepasste Arbeitsfähigkeit müsse in einer rauch- und allergenarmen Umgebung ausgeführt werden können. Rückbelastende Tätigkeiten wie Lastenheben über 10kg, rezidivierendes Bücken oder Arbeiten in einer kontinuierlichen Vorneigehaltung seien ebenfalls zu vermeiden. Wechselpositionen mit Stehen und Sitzen seien am besten geeignet. Interdisziplinär fänden sich keine objektiven Anhaltspunkte, welche für eine Verschlechterung der Leistungsfähigkeit seit der letzten Begutachtung im Jahre 2013 sprechen würden. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Begutachtung nicht relevant verändert. Der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ gab am 30. Dezember 2016 an (IV-act. 260), auf das polydisziplinäre MEDAS-Verlaufsgutachten vom 11. November 2016 könne abgestellt werden; es sei äusserst sorgfältig, umfassend, widerspruchsfrei und hinsichtlich

der versicherungsmedizinischen Konklusionen plausibel und nachvollziehbar. Mit einem Vorbescheid vom 13. März 2017 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 266). Sie stützte sich dabei insbesondere auf das Ergebnis des Gutachtens vom 11. November 2016. Am 11. April 2017 liess der Versicherte einwenden (IV-act. 267-1 ff.), dass ihm aus kardiologischer Sicht nur noch ganz leichte körperliche Tätigkeiten teilzeitlich und in einem geschützten Rahmen zumutbar seien, sodass das Invalideneinkommen Fr. 0.-- betrage. Im Weiteren verwies er auf die Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ vom 23. März 2017 und von Dr. H.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2017. Dr. G.\_\_\_\_ hatte am 23. März 2017 berichtet, dass das Verlaufsgutachten teilweise einseitig, parteiisch und ungenau sei (IV-act. 267-4 ff.). Er hatte diesbezüglich im Wesentlichen ausgeführt, die vom kardiologischen Sachverständigen Dr. I.\_\_\_\_ verwendete dreidimensionale EF (ejection fraction = Auswurfsfraktion des linken Ventrikels) sei nicht genügend validiert und habe keinen Platz in einer Begutachtung. Weiter führe das Aneurysma zu einer Verschlechterung der Kinetik des linken Ventrikels, was mit reinen Zahlen nicht richtig erfasst werden könne; die Pumpfunktion sei wahrscheinlich eher schwer eingeschränkt. Eine eindeutige Stellungnahme zur EF fehle. Der Versicherte erhalte Procorolan, welches auf die Herzfrequenz den gleichen Effekt habe wie Betablocker; dies sei vom Hauptgutachter bei der Verlaufs-Ergometrie ignoriert worden. Der fehlende Anstieg des Blutdrucks beim Belastungsanstieg bis immerhin fast zur Hälfte des Solls sei keine normale Kreislaufreaktion. Am 12. Januar 2017 hatte Dr. med. H.\_\_\_\_, Innere Medizin und Pneumologie FMH, berichtet, für körperlich nicht belastende Arbeiten bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 20 Prozent (IV-act. 267-31 f.). Das Asthma bronchiale könne mit einer Behandlung durch Mepolizumab (Nucala) stabilisiert werden; dies habe einen Einfluss auf die Lebensqualität des Versicherten, nicht aber auf die Arbeitsfähigkeit. Am 20. April 2017 liess der Versicherte mitteilen, dass er ab sofort zu 30 Prozent bei der J.\_\_\_\_ AG arbeite, die unter anderem Platten-, Natur- und Kunststeinarbeiten ausführe. Die IV-Stelle ersuchte die MEDAS Interlaken Unterseen GmbH am 19. Juni 2017, zu diesen medizinischen Einwänden Stellung zu nehmen. Am 4. Juli 2017 führte der kardiologische Sachverständige der MEDAS Interlaken Unterseen GmbH aus (IV-act. 271-4 ff.), es bestehe die Lehrbuchmeinung, falls möglich dreidimensionale echokardiographische Messungen für die Auswurfsfraktion zu verwenden, da dort keine geometrischen Annahmen zu machen seien und da die Messungen genauer und besser reproduzierbar seien als bei der zweidimensionalen Messung. Dies werde auch in internationalen Richtlinien der Fachgesellschaft empfohlen. Da die Kardiologie Interlaken seit fast 15 Jahren routinemässig dreidimensionale Messungen der Auswurfsfraktion durchführe, sei die geforderte Erfahrung vorhanden. Die Bildqualität bei der Untersuchung des Versicherten sei gut gewesen. Gestützt auf die Auswurfsfraktion dürfe keine Aussage zur Leistungsfähigkeit gemacht werden. Der Grund liege darin, dass die Leistungsfähigkeit von vielen Faktoren abhängt und die Funktion des Herzens nur eine davon sei. Ausserdem gebe die Auswurfsfraktion als Messwert für die systolische Funktion nur einen Teilaspekt der kardialen Funktion wieder. Weiter führten Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Ärztlicher Leiter der MEDAS Interlaken Unterseen GmbH, am 4. Juli 2017 aus (IV-act 271-1 ff.), die Aussagekraft des Leistungstests sei wegen des Nichterreichens der Ausbelastung zu diskutieren. Procorolan könne eine herzfrequenzsenkende Wirkung haben, dann sei allerdings auch eine Senkung des Ruhepulses zu erwarten. Falls nur noch ein Maximalpuls von 111 erreicht werden könne, wäre das ein Grund für eine verminderte maximale Leistungsfähigkeit, was bedeute, dass

das Medikament überdosiert, die Therapie also zu optimieren sei. Der RAD-Arzt Dr. F. \_\_\_ notierte am 23. August 2017, dass die MEDAS-Sachverständigen, insbesondere Dr. I. \_\_\_, die von Dr. G. \_\_\_ vorgebrachten Punkte mit überzeugenden Argumenten widerlegt hätten (IV-act. 272). Am 17. Oktober 2017 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 277). Am 2. November 2017/20. März 2018 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 17. Oktober 2017 erheben (act. G 1 und 9). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab wann rechtens, spätestens ab September 2015. Der Rechtsvertreter führte im Wesentlichen (ergänzend zum Einwand vom 11. April 2017) aus, das MEDAS-Verlaufsgutachten vom 11. November 2016 weise erhebliche Mängel auf, weshalb nicht auf es abgestellt werden könne. Die Behandlung mit Xolair habe dem Beschwerdeführer nichts gebracht. Auch treffe es nicht zu, dass er 500m hin- und zurückgehen könne. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 16. Mai 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 12). Sie machte geltend, die vom behandelnden Kardiologen Dr. G. \_\_\_ am 23. März 2017 vorgebrachte Kritik am MEDAS-Verlaufsgutachten sei durch die Stellungnahmen der MEDAS-Experten entkräftet worden. Auch Dr. H. \_\_\_ erwähne in seinem Bericht vom 12. Januar 2017 keine objektiv fassbaren Gesichtspunkte, die Zweifel am Ergebnis der Begutachtung auslösen könnten. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der ersten MEDAS-Begutachtung im Jahr 2013 nicht relevant verändert. Damit könne davon ausgegangen werden, dass keine reversionserhebliche Veränderung des Gesundheitszustands seit der am 7. August 2014 rechtskräftig verfügten Rentenablehnung eingetreten sei. Massgebend bleibe daher die im MEDAS-Gutachten vom 29. Oktober 2013 attestierte Arbeitsfähigkeit von 75 Prozent für angepasste Tätigkeiten. Deshalb bestehe kein Anlass, erneut einen Einkommensvergleich vorzunehmen. Am 28. Mai 2018 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung) bewilligt (act. G 13). Mit einem Schreiben vom 16. Oktober 2018 verzichtete der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sinngemäss auf eine Replik (act. G 21). Erwägungen Mit der angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2017 hat die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen. Da das Beschwerdeverfahren die Prüfung der Rechtmässigkeit dieser Verfügung zum Ziel hat, muss es sich auf den in der Verfügung enthaltenen Gegenstand beschränken. Folglich ist nur zu prüfen, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat. Gemäss dem Art. 65 Abs. 1 IVV hat sich mit einem amtlichen Formular anzumelden, wer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung erhebt. Der Hausarzt Dr. C. \_\_\_ hat die Beschwerdegegnerin am 20. Januar 2015 aufgefordert (IV-act. 183), erneut eine Beurteilung des Beschwerdeführers vorzunehmen, da diesem sicherlich eine halbe IV-Rente zukomme. Am 19. März 2015 hat die Beschwerdegegnerin der ehemaligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mitgeteilt (IV-act. 185), dass sie aufgrund unveränderter Verhältnisse kein IV-Verfahren eröffnen werde. Es stehe dem Beschwerdeführer aber frei, bis zum 15. April 2015 neue Berichte einzureichen, falls sich medizinisch in der Zwischenzeit etwas verändert habe. Danach hat die bisherige Rechtsvertreterin der Beschwerdegegnerin am 27. März 2015 mitgeteilt, dass sie den Beschwerdeführer nicht mehr vertrete (IV-act. 186). Am 13. April 2015 (eingegangen am 15. April 2015) hat der Beschwerdeführer unter Beilage diverser ärztlicher Berichte die Eröffnung eines IV-Verfahrens beantragt, da sein

Gesundheitszustand nach wie vor schlecht sei (IV-act. 187). Die Beschwerdegegnerin ist mit Verfügung vom 29. September 2015 nicht auf das neue Leistungsbegehren vom Januar 2015 eingetreten (IV-act. 196). Sie hat diese Verfügung am 29. September 2015 widerrufen (IV-act. 226), worauf das Versicherungsgericht des Kantons St.Gallen das Beschwerdeverfahren am 15. Februar 2016 abgeschlossen hat (IV 2015/346; IV-act. 235). In der Folge hat die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Abklärungen in die Wege geleitet und am 17. Oktober 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens verfügt (IV-act. 277). Das Gesuch um Ausrichtung einer IV-Rente ist im Januar 2015 durch den Hausarzt Dr. C. \_\_\_ eingereicht worden. Innert der von der Beschwerdegegnerin angesetzten Frist hat der Beschwerdeführer Arztberichte eingereicht. Mit diesem Schreiben hat der Beschwerdeführer das von seinem Hausarzt eingereichte Gesuch genehmigt. Obwohl diese Wiederanmeldung nicht unter Verwendung des amtlichen Formulars (Art. 65 Abs. 1 IVV) erfolgt ist, ist die Beschwerdegegnerin auf sie eingetreten. Der Beschwerdeführer ist von der Beschwerdegegnerin nicht aufgefordert worden, das amtliche Formular auszufüllen und einzureichen. Damit hat die Beschwerdegegnerin die "formlose" Anmeldung des Beschwerdeführers akzeptiert. Nun zu argumentieren, die Anmeldung sei nicht in der vorgeschriebenen Form erfolgt, weshalb nicht auf sie hätte eingetreten werden dürfen, so dass die Abweisungsverfügung aufzuheben und durch den Entscheid zu ersetzen sei, nicht auf die Neuanschuldung einzutreten, wäre überspitzt formalistisch und würde gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstossen. Da die Voraussetzung des Art. 87 Abs. 3 IVV erfüllt gewesen ist, ist im Ergebnis davon auszugehen, dass der (formlose) Entscheid der Beschwerdegegnerin, auf die Neuanschuldung einzutreten, rechtmässig gewesen ist. Eine versicherte Person hat laut dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann, wenn sie während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und wenn sie nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Für die Bemessung der Invalidität wird gemäss dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Der Beschwerdeführer hat sich im Januar 2015 zum Leistungsbezug angemeldet. In seiner bisherigen Tätigkeit als Plattenleger ist er seit dem Februar 2005 stets zu mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen (vgl. bspw. IV-act. 1, 158-41, 158-60 und 194 mit Hinweisen). Unter Berücksichtigung der Regelungen, dass ein Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach der Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG) und erst nach einer einjährigen Arbeitsunfähigkeitsphase (sog. Wartejahr, Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) entstehen kann, fällt der potentielle Rentenbeginn auf den 1. Juli 2015. Basis für den Einkommensvergleich bilden somit die Verhältnisse im Jahr 2015. Bei der Ermittlung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens kommt den Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit eine zentrale Rolle zu. Zur Abklärung des Gesundheitszustandes hat die Beschwerdegegnerin bei der MEDAS Interlaken Unterseen GmbH im Oktober 2013 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 158) und im November 2016 (Auftrag vom 1. Juni 2016; IV-act. 248) ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten (IV-act. 257) eingeholt. Im ersten Gutachten vom Oktober 2013 ist

angegeben worden, dass dem Beschwerdeführer seit Januar 2010 eine angepasste Verweistätigkeit zu 75 Prozent zumutbar sei (IV-act. 158-60). In der Verlaufsbeurteilung vom November 2016 haben die Sachverständigen aus interdisziplinärer Sicht festgehalten, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der letzten Beurteilung nicht verändert. Trotzdem sind sie interdisziplinär davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer eine angepasste, leichte bis mittelschwere Arbeit während acht Stunden pro Tag an fünf Tagen in der Woche ausführen könne, wobei eine Leistungseinschränkung von 20 Prozent gegeben sei; somit betrage die Arbeitsfähigkeit 80 Prozent. Zunächst ist zu prüfen, ob diese beiden Gutachten die vom Bundesgericht vorgegebenen Anforderungen an medizinische Gutachten erfüllen. Ein Gutachten hat einen ausreichenden Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a). In beiden Gutachten sind die relevanten Vorakten gewürdigt worden (IV-act. 158- 2 ff. und IV-act. 257-3 ff.), die Sachverständigen haben beim Beschwerdeführer dessen subjektive Klagen auf- und die notwendigen Untersuchungen vorgenommen und sie haben im Rahmen der Anamnese und der objektiven Befunderhebung die entsprechenden Ergebnisse festgehalten (IV-act. 158- 40 ff. und IV-act. 257-56 ff.). Die objektiven Untersuchungsbefunde sind in ihrer Art und Schwere gewürdigt worden (IV-act. 158-51 ff. und IV-act. 257-59 ff.). Die Hinweise auf eine mögliche Aggravation (etwa der vorzeitige Abbruch der Ergometrie im Rahmen der kardiologischen Untersuchung oder die Angabe seit langem bestehender Schmerzen bei im Röntgenbild erkennbaren beinahe normalen Verhältnissen im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung) sind berücksichtigt worden. Auch die verbleibenden Ressourcen sind aufgezeigt worden (IV-act. 158-50 ff. und IV-act. 257-69 ff.). Weiter haben sich die Sachverständigen mit den bisherigen Behandlungen auseinandergesetzt (IV-act. 158-51 ff., IV-act 158-61 und IV-act. 257-71 f.). Abschliessend ist in beiden Gutachten gestützt auf umfassende Untersuchungen eine fundierte interdisziplinäre Beurteilung über die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit abgegeben worden (IV-act. 158-59 ff. und IV-act. 257-74 f.). Damit haben die Gutachter sowohl im Erst- als auch im Verlaufsgutachten den gutachterlichen Fragenkatalog (vgl. auch IV-act. 247), der die vom Bundesgericht vorgegebenen Standardindikatoren (BGE 141 V 281) mitumfasst, beantwortet. Sowohl das Erstgutachten vom 29. Oktober 2013 als auch das Verlaufsgutachten vom 11. November 2016 erfüllt also die Anforderungen an ein medizinisches Gutachten. Zu prüfen bleibt, ob die Einwände des Beschwerdeführers einen erheblichen Zweifel am Beweiswert der beiden Gutachten zu wecken vermögen. Der Beschwerdeführer hat insbesondere eingewendet, dass das im Rahmen der Verlaufsbeurteilung erstellte kardiologische Teilgutachten teilweise einseitig, nicht objektiv und ungenau sei. Er sei nur noch für ganz leichte körperliche Tätigkeiten und auch dort nur noch teilweise in einem geschützten Rahmen arbeitsfähig. Diese Ansicht werde auch von Dr. G. \_\_\_ geteilt; dies gehe insbesondere aus dessen Stellungnahme vom 23. März 2017 (IV-act. 267-4 ff.) hervor. Dr. G. \_\_\_ hat gestützt auf seine fachliche Kritik am kardiologischen Teil des Verlaufsgutachtens (vgl. dazu vorstehend Bst. A.f) die Auffassung vertreten, es liege eine schwere koronare Herzkrankheit vor. Die Gutachter hätten zwar angegeben, der Beschwerdeführer sei nur noch in einer körperlich sehr leichten Tätigkeit arbeitsfähig, aber er frage sich allen Ernstes, was das für eine Arbeit sei. Dies dürfte so zu

interpretieren sein, dass Dr. G.\_\_\_\_ eine allfällige medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit als auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar betrachtet hat. Am 4. Juli 2017 (IV-act. 271-4 ff.) hat der kardiologische Gutachter einlässlich Stellung zur Kritik von Dr. G.\_\_\_\_ genommen (vgl. dazu vorstehend Bst. A.f. a.E.). Gemäss der überzeugenden Würdigung durch den RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ hat der kardiologische Sachverständige in seiner Stellungnahme die Kritik von Dr. G.\_\_\_\_ widerlegen können. Die Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ vom 23. März 2017 zum Verlaufsgutachten vom November 2016 vermögen damit keine Zweifel an der Beweiskraft des kardiologischen Teilgutachtens und damit an der interdisziplinären Arbeitsfähigkeitsschätzung zu wecken. Der Beschwerdeführer hat weiter eingewendet, dass der Dr. H.\_\_\_\_ am 12. Januar 2017 "unter Berücksichtigung von sämtlichen Teilerkrankungen" (IV-act. 267-31) eine Restarbeitsfähigkeit in einer nicht belastenden Tätigkeit von lediglich 20 Prozent attestiert habe. Dem entsprechenden Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ lässt sich keine fachliche, insbesondere keine spezifisch rheumatologische Begründung für diese Arbeitsfähigkeitsschätzung entnehmen. Damit ist der Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ nicht geeignet, begründete Zweifel am rheumatologischen Verlaufsgutachten und damit an der interdisziplinären Arbeitsfähigkeitsschätzung in den beiden Gutachten zu wecken. Im Übrigen ist bei der Würdigung der Überzeugungskraft der Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, dass die Einwände des Beschwerdeführers gegen die MEDAS-Gutachten keine Zweifel an den Diagnosen und an den Arbeitsfähigkeitsschätzungen zu wecken vermögen. Im Gutachten von 2013 hat die rheumatologische Untersuchung eine spezifische Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 15-20% ergeben. Aus der kardiologischen Begutachtung hat eine spezifische Arbeitsunfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit von 25% resultiert. Bei der psychiatrischen, der pneumologischen und der allergologisch-immunologischen Begutachtung ist keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden. Die interdisziplinäre Abwägung hat mit einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 25% geendet (IV-act. 158-62). Als ausschlaggebend ist also die im kardiologischen Teilgutachten ermittelte Arbeitsunfähigkeit qualifiziert worden; die Gutachter sind davon ausgegangen, dass die rheumatologischen und die kardiologischen Beeinträchtigungen nicht zu kumulieren seien. Im Verlaufsgutachten von 2016 hat der rheumatologische Gutachter explizit festgehalten, dass am Bewegungsapparat keine Veränderung gegen 2013 festzustellen gewesen sei; die Arbeitsunfähigkeit belaufe sich auf etwa 15%. Diese Arbeitsunfähigkeit sei auf eine allgemeine Dekonditionierung zurückzuführen, die sich wahrscheinlich in erster Linie durch die kardiopulmonalen Defizite und nicht durch die Schmerzsymptomatik des Bewegungsapparates erklären lasse (IV-act. 257-129). Der kardiologische Gutachter hat einen nicht wesentlich veränderten echokardiographischen Befund erhoben. Die Spiroergometrie hat, als der unzureichenden Mitwirkung des Beschwerdeführers zuzuschreibend, kein aussagekräftiges Resultat geliefert, so dass kein Vergleich mit der Ergometrie hat erfolgen können. Aus diesem Grund hat der kardiologische Gutachter die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht angeben können (IV-act. 257-84). Die allergologisch-immunologische, die psychiatrische und die pneumologische Verlaufsbegutachtung haben keine

Arbeitsunfähigkeit (in einer jeweils angepassten Tätigkeit) ergeben (IV-act. 257-62 f.). Als Resultat der interdisziplinären Besprechung haben die Gutachter für eine in jeder Hinsicht angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20% angegeben. Sie haben dies mit einer Leistungseinbusse durch die allgemeine Dekonditionierung und durch ein verlangsamtes Arbeitstempo wegen der Einhaltung von ergonomischen Haltungen und wegen der Dehn- und Lockerungsübungen notwendigen Pausen begründet (IV-act. 257-74). Trotz des von allen Gutachtern (mit Ausnahme des Kardiologen, der keine ausreichende Untersuchung hat durchführen können) als unverändert bezeichneten Gesundheitszustandes hat also ein tieferer Arbeitsunfähigkeitsgrad (20% statt 25%) resultiert. Eine Begründung dafür fehlt im Verlaufsgutachten. Diese Abweichung dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die im ersten Gutachten ermittelte Arbeitsunfähigkeit von 25% massgeblich durch das Resultat der damaligen kardiologischen Abklärung begründet war, während die kardiologische Verlaufsbegutachtung als Folge des Verhaltens des Beschwerdeführers weder die Frage nach einer allfälligen kardiologisch relevanten Veränderung noch die Frage nach der kardiologisch begründeten Arbeitsunfähigkeit hat beantworten können. Die interdisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung im Verlaufsgutachten dürfte also ohne die spezifisch kardiologische Arbeitsfähigkeitsschätzung erfolgt sein und sich weitgehend auf das Ergebnis der rheumatologischen Verlaufsbegutachtung abgestützt haben, die allerdings keine spezifische Veränderung seit 2013 ergeben hatte. Damit vermag die interdisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung im Verlaufsgutachten nicht zu überzeugen, denn es fehlt sowohl eine Antwort auf die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in kardiologischer Hinsicht verändert hat, als auch eine Antwort auf die Frage nach der spezifisch kardiologischen Arbeitsunfähigkeit. Da dieser Mangel auf die unzureichende Mitwirkung des Beschwerdeführers bei der kardiologischen (Verlaufs-) Abklärung zurückzuführen ist, liegt eine Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsermittlung vor. Die Beschwerdegegnerin hätte den Beschwerdeführer in Anwendung von Art. 43 Abs. 3 ATSG auffordern müssen, bei der (nachzuholenden) kardiologischen Verlaufsbegutachtung uneingeschränkt mitzuwirken. Der massgebende medizinische Sachverhalt steht also nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Die Sache ist deshalb zur notwendigen Abklärung des medizinischen Sachverhalts (und damit des Grades der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das ausschlaggebende Sachverhaltselement bei der Anwendung des Art. 28a Abs. 1 IVG (i.V.m. Art. 16 ATSG), der Arbeitsfähigkeitsgrad in einer der Gesundheitsbeeinträchtigung bestmöglich angepassten Erwerbstätigkeit, steht zwar nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad fest, so dass das massgebende Invalideneinkommen nicht ermittelt werden kann. Aber das ändert nichts daran, dass die angefochtene Verfügung in Bezug auf die übrigen Teilelemente des Einkommensvergleichs auf ihre Rechtmässigkeit geprüft werden muss. Basis für den Einkommensvergleich bilden die Verhältnisse im Jahr 2015 (vgl. die vorstehende Erwägung 2.1 f.). Für das Valideneinkommen ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen und persönlichen Umstände im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; BGE 135 V 59 E. 3.1 und 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen). Bei der Berechnung des Valideneinkommens kann nicht auf das Einkommen abgestellt werden, das die B.\_\_\_\_ GmbH als Arbeitgeberin des Beschwerdeführers bei der AHV-Ausgleichskasse abgerechnet hat. Dem Handelsregisterauszug der B.\_\_\_\_ GmbH (IV-act. 32) lässt sich nämlich entnehmen, dass der Beschwerdeführer der Inhaber von 90% der Stammanteile und damit

der beherrschende Gesellschafter gewesen ist. Ausserdem ist er alleiniger Geschäftsführer mit Einzelunterschrift der B.\_\_\_\_ GmbH gewesen. Die im individuellen Beitragskonto (IK) verbuchten beitragspflichtigen Jahreslöhne sind sehr unterschiedlich gewesen (IV-act. 8 und IV-act. 145). Dies allein weckt schon Zweifel daran, dass diese Jahreslöhne die valide Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Vergangenheit wiedergeben. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer als beherrschender Gesellschafter der B.\_\_\_\_ GmbH die Höhe des abzurechnenden Lohnes hat beeinflussen können, etwa um den – im Gegensatz zum Lohn nicht beitragspflichtigen – Unternehmensgewinn höher ausfallen zu lassen. Das dürfte in der vorangegangenen B.\_\_\_\_ AG nicht anders gewesen sein, d.h. der Beschwerdeführer dürfte auch dort eine beherrschende Stellung eingenommen haben. Die von der B.\_\_\_\_ AG bzw. B.\_\_\_\_ GmbH bei der AHV-Ausgleichskasse deklarierten und im IK des Beschwerdeführers verbuchten Jahreslöhne geben deshalb nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die valide Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung wieder. Das Valideneinkommen kann deshalb nicht ausgehend von den im IK des Beschwerdeführers verbuchten Löhnen ermittelt werden. Die effektiv durch die jeweils erbrachte Arbeitsleistung gerechtfertigten Jahreslöhne bei der B.\_\_\_\_ AG bzw. B.\_\_\_\_ GmbH könnten wohl nur durch eine betriebswirtschaftliche Analyse der Buchhaltungsunterlagen (inklusive Arbeitsrapporte usw.) ermittelt werden. Da dieses Unternehmen nicht mehr existiert (Löschung am 20. Januar 2010, vgl. die im Handelsregister des Kantons St.Gallen unter der Firmennummer XXXXXX erfolgte Eintragung), dürften diese Unterlagen nicht mehr vorhanden sein. In antizipierender Beweiswürdigung ist deshalb auf eine solche Abklärung zu verzichten. Der Beschwerdeführer hat gemäss seinen eigenen Angaben ab dem Jahre 1986 in der Schweiz als Plattenleger gearbeitet (IV-act. 145, IV-act. 257-56), obwohl er keine entsprechende Berufsausbildung absolviert hat. Ob er sich in der über 20-jährigen Erwerbstätigkeit die beruflichen Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen erarbeitet hat, über die ein gelernter Plattenleger gleichen Alters verfügt hat, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Diesbezüglich erweist sich der Sachverhalt als unzureichend abgeklärt. Da die Beschwerdegegnerin über die berufsberaterische Fachkompetenz verfügt, um die beruflichen Fähigkeiten des Beschwerdeführers zu ermitteln und anschliessend das diesen Fähigkeiten entsprechende durchschnittliche Erwerbseinkommen ab 2015 zu bestimmen, ist die Sache auch diesbezüglich an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Als Plattenleger ist der Beschwerdeführer aus medizinischen Gründen vollständig arbeitsunfähig. Diese Tätigkeit kann also nicht die Invalidenkarriere sein. Der Beschwerdeführer kann seine Restarbeitsfähigkeit nur noch in einer der Gesundheitsbeeinträchtigung angepassten Erwerbstätigkeit verwerten. Das bedeutet, dass er seine beruflichen Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen nicht mehr verwerten kann. Deshalb steht ihm nur noch eine (adaptierte) Hilfstätigkeit offen. Seine Invalidenkarriere besteht also in einer sog. Hilfsarbeit, wobei keine Beschränkung auf eine bestimmte Branche besteht, da eine Hilfsarbeit definitionsgemäss keine berufliche Ausbildung, sondern höchstens eine kurze Einarbeitung am konkreten Arbeitsplatz erfordert. Der Beschwerdeführer kann seine Restarbeitsfähigkeit also nicht nur in der Baubranche verwerten. Der Ausgangswert zur Ermittlung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens entspricht demnach praxisgemäss dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne aller Branchen im Jahr 2015; er beträgt Fr. 66'633.-- (vgl. den Anhang 2 der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Textausgabe des IVG, 10. Aufl. 2019). Die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) enthält keinen Hinweis darauf, dass Hilfsarbeiten, die den beim

Beschwerdeführer medizinisch vorgegebenen Einschränkungen Rechnung tragen, generell unterdurchschnittlich entlohnt würden. Würde man dementsprechend den statistischen Zentralwert von Fr. 66'633.-- einfach um den (noch zu ermittelnden) Arbeitsunfähigkeitsanteil reduzieren, würde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit – zum Nachteil des Beschwerdeführers – ein Soziallohnanteil in das Invalideneinkommen einfließen, d.h. der Einkommensvergleich würde nicht den massgebenden Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ergeben. Ein sich strikt betriebswirtschaftlich-ökonomisch verhaltender potentieller Arbeitgeber, der selbstverständlich nicht bereit wäre, einen Soziallohnanteil auszurichten, würde nur dann dem Beschwerdeführer den lediglich um den Arbeitsunfähigkeitsgrad reduzierten Zentralwert von Fr. 66'633.-- als Lohn ausrichten, wenn der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit in jeder Hinsicht so verwerthen könnte, dass der Wert seiner Arbeitsleistung betriebswirtschaftlich-ökonomisch betrachtet jenem eines gesunden, durchschnittlich leistungsfähigen Hilfsarbeiters entsprechen würde, der im selben Pensum angestellt wäre. Besteht bei einem nur teilarbeitsfähigen Hilfsarbeiter aber die Gefahr, dass die Arbeitsleistung dauernd oder auch nur phasenweise krankheits- oder unfallbedingten Schwankungen unterliegen könnte, ist der nur teilarbeitsfähige Hilfsarbeiter also nicht in der Lage, seine Arbeitsleistung konstant zuverlässig und damit im Voraus planbar zu erbringen oder besteht sogar das Risiko von vermehrten unerwarteten krankheitsbedingten Absenzen, entstehen dem Arbeitgeber indirekte Kosten. Dasselbe gilt, wenn es dem nur teilarbeitsfähigen Hilfsarbeiter nicht möglich ist, bei einem entsprechenden betrieblichen Bedarf vorübergehend über das zumutbare Mass hinaus zu arbeiten, d.h. Überstunden zu leisten, oder vorübergehend an einem anderen, nicht adaptierten Arbeitsplatz tätig zu sein, oder wenn der nur teilarbeitsfähige Hilfsarbeiter besondere Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten, der Kollegen usw. benötigt, so dass sich deren Arbeitsleistung reduziert. Berücksichtigt der Arbeitgeber diese Kosten bei der vertraglichen Festsetzung des Lohns des nur teilarbeitsfähigen Hilfsarbeiters nicht, verhält er sich nicht konsequent betriebswirtschaftlich-ökonomisch, d.h. er richtet einen Soziallohnanteil aus. Ein derartiger lohnrelevanter Konkurrenznachteil eines nur teilarbeitsfähigen Hilfsarbeiters lässt es nicht zu, das zumutbare Invalideneinkommen dadurch zu ermitteln, dass der Zentralwert nur um den Arbeitsunfähigkeitsanteil reduziert wird. Der Zentralwert resultiert nämlich aus der Summe der Löhne gesunder Hilfsarbeiter. Der Zentralwert muss also um den Konkurrenznachteil der nur teilarbeitsfähigen Hilfsarbeiter reduziert werden, wobei zu beachten ist, dass dieser Nachteil einzelfallspezifisch ist, d.h. das Ausmass der Reduktion entspricht dem konkreten Konkurrenznachteil des betreffenden nur teilarbeitsfähigen Hilfsarbeiters, hier des Beschwerdeführers. In der Praxis wird diesem einzelfallspezifischen Konkurrenznachteil durch den sogenannten Tabellenlohnabzug Rechnung getragen. So wird verhindert, dass ein Soziallohnanteil in die Invaliditätsbemessung einfließt. Welcher Tabellenlohnabzug im Fall des Beschwerdeführers notwendig ist, wird die Beschwerdegegnerin nach dem Abschluss der noch nachzuholenden Sachverhaltsabklärungen zu bestimmen haben. Der Tabellenlohnabzug wird aber auf jeden Fall mindestens 10% betragen. Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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 als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. 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 (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In durchschnittlich aufwändigen IV-Rentenfällen, zu denen auch der hier zu beurteilende zu zählen ist, spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss pauschale Parteientschädigungen von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu. Die Beschwerdegegnerin wird den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen haben. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 17. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und anschliessenden Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

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