

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/77 vom 11. November 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-11-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_77

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/77 du 11 novembre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/77 del 11 novembre 2019

Regeste

Art. 43 ATSG; Art. 28 Abs. 1 IVG: Rückweisung zur Rückfrage bei den Gutachtern (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. November 2019, IV 2017/77).

Volltext

Entscheid vom 11. November 2019 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. IV 2017/77 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) wurde von Dr. med. B.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, am 9. Januar 2013 zur Früherfassung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) angemeldet (IV-act. 1). Am 22. Januar 2013 reichte der Versicherte das Anmeldeformular für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen bei der IV-Stelle ein (IV-act. 4). Er gab darin an, an Rückenproblemen zu leiden (IV-act. 4 S. 4). Der Versicherte hatte eine Lehre als Koch absolviert (IV-act. 4 S. 4 und IV-act. 5). Auf diesem Beruf hatte er zuletzt im Dezember 2011 bei C.____ gearbeitet (IV-act. 12). Am 29. Februar 2012 hatte sich der Versicherte einem operativen Eingriff unterzogen, bei dem eine Dekompression der Nervenwurzel L5 beidseits sowie eine Spondylodese L4-S1 mit Cage-Einlage L5/S1 durchgeführt worden waren (vgl. IV-act. 15 S. 4 f.). Vom __ bis __ 2013 nahm der Versicherte an einem stationären Rehabilitationsprogramm der Kliniken Valens teil (IV-act. 93). Am 6. Juni 2013 berichteten die behandelnden Ärzte der Kliniken Valens gegenüber der IV-Stelle, dass die bisherigen Tätigkeiten dem Versicherten aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar seien. In einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit sei der Versicherte ganztags arbeitsfähig, wobei in den ersten zwei Wochen nach Austritt das vorgeneigte Stehen vorübergehend nur selten vorkommen sollte (IV-act. 25). Am 24. Juni 2013 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten eine Berufsberatung und eine Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten durch die Berufsberatung (IV-act. 28). Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom 22. Juli 2013 (vgl. IV-act. 31 und 35) gab der Versicherte an, dass er nach der Lehre zum Koch zwei Jahre auf diesem Beruf gearbeitet habe. Sein Bandscheibenvorfall sei im Februar 2012 operiert worden. Danach sei eine viermonatige Rehabilitationsphase gefolgt, in welcher sich sein Gesundheitszustand verbessert habe. Von September bis November 2012 habe er sogar eine temporäre Stelle als Hilfsarbeiter annehmen können. Seit einiger Zeit gehe es ihm gesundheitlich jedoch wieder schlechter.

Von ___ bis ___ 2013 sei er in den Kliniken Valens gewesen. Allenfalls müsse er nochmals operiert werden (IV-act. 35). Am 4. Juni 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass berufliche Massnahmen zurzeit nicht möglich seien, da er nochmals operiert werde (IV-act. 41). Aufgrund einer Pseudarthrose L5/S1 bei Schraubenlockerung S1 beidseits bei postoperativ persistierendem lumbo-spondylogem Schmerzsyndrom und lumboradikulärem Reizsyndrom L5 links wurde beim Versicherten am 13. Juni 2014 eine Revisionsoperation in der Klinik D. ___ durchgeführt (vgl. IV-act. 43 und 45). Anlässlich einer Verlaufskontrolle in der Klinik D. ___ vom 27. Oktober 2014 berichtete der Versicherte über ein deutlich stabileres Gefühl im Rücken, jedoch über keine Besserung der Schmerzen. Die Ärzte der Klinik D. ___ hielten am 29. Oktober 2014 fest, dass eine Wiederaufnahme der Tätigkeit als Koch mit der derzeitigen Symptomatik eher nicht möglich sei. Sie empfahlen die Fortführung der Physiotherapie zur Kräftigung der Muskulatur, eine bedarfsgerechte Analgesie und gegebenenfalls den Beginn einer Schmerztherapie. Eine weitere Kontrolle sei in einem Jahr postoperativ vorgesehen (IV-act. 46). Am 14. November 2014 hielt RAD-Ärztin Dr. med. E. ___ fest, dass der Gesundheitszustand ein halbes Jahr postoperativ stabiler sei, sodass mit einer adaptierten Arbeitsfähigkeit von vorerst 50 % die beruflichen Massnahmen aufgenommen werden könnten (IV-act. 48). Am 27. März 2015 zeigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass eine berufliche Abklärung in der beruflichen Abklärungsstelle (BEFAS) Z. ___ notwendig sei (IV-act. 58 S. 3). Der Versicherte nahm vom 30. März bis 19. Juni 2015, mit Unterbruch vom 13. April bis 29. Mai 2015 an einer beruflichen Abklärung in Z. ___ teil (IV-act. 60 S. 1). Im Schlussbericht der BEFAS-Abklärung wurde aus medizinischer Sicht festgehalten, dass der Versicherte im Dezember 2011 wegen ungenügender Leistungen entlassen worden sei. In diesem Zeitraum habe er auch belastungsabhängige Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine beklagt. Diese Beschwerden seien einer Spondylolisthesis zugeordnet worden und wegen des Versagens der konservativen Therapien mit einer Spondylodese und Cageeinlage behandelt worden. Trotz eines Rehabilitationsaufenthalts in Valens hätten sich die Schmerzen nicht gebessert. Im Juni 2014 sei die Entfernung des Materials und die Neueinlage der Spondylodese erfolgt. Die Verhältnisse seien seither stabil, die Schmerzsituation habe sich jedoch nicht gebessert. Es bestehe ein radikuläres Reizsyndrom L5 links mit Sensibilitätsstörung, eine Fussheberschwäche und eine linksseitige präasacrale Hyperalgesie- und Allodyniezone mit intensiver Schmerzauslösung bis hin zum Kollaps bei oberflächlicher Berührung. Aktuell sei der Versicherte auf hohe Dosen Analgetika gesetzt. Im Rahmen der orthopädischen Probleme sei ein Gewichtssturz von 120 auf 60.5 kg aufgetreten, gepaart mit diffizilen gastrointestinalen Verhältnissen, möglicherweise aufgrund der Medikamenteneinnahme oder aufgrund einer konkomitierenden Essstörung. Bei Eintritt in die BEFAS-Abklärung sei der Versicherte bleich und abgemagert, der Allgemeinzustand bei einem BMI von 18.5 kg/m² deutlich reduziert gewesen. Er sei fähig gewesen, hinkend 20 Minuten zu gehen, das Sitzen habe in kurzen Intervallen durch Dehnungen unterbrochen werden müssen. In dieser dystrophen Situation sei eine aussagekräftige Abklärung nicht möglich gewesen, weshalb vorerst eine Verschiebung der Abklärung beschlossen worden sei mit dem Ziel, die Ernährungsschwierigkeiten in den Griff zu bekommen und mit einem stabilisierenden Training eine Arbeitsfähigkeit aufzubauen. Nach einem knapp zweimonatigen Unterbruch habe sich der Allgemeinzustand nicht verändert. Der Versicherte sei bis zum Schluss nicht fähig gewesen, das an sich schon reduzierte Tagesprogramm durchzustehen (IV-act. 60 S. 8 f.). Dr. med. F. ___, FMH Innere Medizin, führte aus ärztlicher Sicht weiter aus, dass in

einem ersten Schritt ein halbtägiger Einstieg in eine angepasste Tätigkeit zu planen sei mit einer anzustrebenden Leistungsfähigkeit von 50 %, die im Laufe der Verbesserung des Allgemeinzustandes erhöht werden könne. Wenn es dem Versicherten aber nicht gelinge, seinen Gesundheitszustand nachhaltig zu verbessern, werde er voraussichtlich im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr nachhaltig Fuss fassen können (IV-act. 60 S. 9 f.). Aus berufsberaterischer Sicht wurde im Abschlussbericht festgehalten, dass es angesichts des physischen und psychischen Zustandes des Versicherten schwierig sei, von Anschlussmöglichkeiten zu sprechen. Sobald sich die Gesundheit verbessert habe und eine psychische Stabilität vorliege, sei ein Aufbau- und Arbeitstraining zu empfehlen (vgl. IV-act. 60 S. 10 f.). In einer neurologischen Untersuchung vom 29. Juni 2015 konnte G.____, Fachärztin für Neurologie FMH, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Beschwerden klinisch nicht sicher einer radikulären Symptomatik zuordnen. Sie hielt im gleichentags verfassten Sprechstundenbericht fest, dass die Reflexe seitengleich lebhaft auslösbar gewesen seien. Der Nervus tibialis habe eine unauffällige Nervenleitgeschwindigkeit gezeigt. Das EMG des Musculus tibialis anterior, tibialis posterior und Musculus vastus lateralis zeige keine pathologische Spontanaktivität, keine Hinweise auf eine akute oder chronische Denervation. Der Versicherte profitiere von Akupunktur und von der psychologischen Unterstützung. Eine Therapieänderung könne sie nicht empfehlen (IV-act. 70 S. 8 f.). Med. pract. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt am 21. September 2015 fest, dass der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit schmerzbedingt seit dem Jahr 2013 nicht arbeitsfähig sei. Für die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit verwies er auf den Bericht der Abklärungsstelle Z.____ (IV-act. 70 S. 3 f.). Dr. E.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 13. Oktober 2015 fest, dass sie aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der übereinstimmenden und wenig zuversichtlichen Arztberichte bestätigen könne. Neben der Schmerzsymptomatik bestünden auch psychische Probleme und Motivationsprobleme. Der Gesundheitszustand sei instabil. Beim behandelnden Psychiater sollten Berichte eingeholt werden (IV-act. 73). Dr. med. I.____, Psychiater FMH, nannte in einem Bericht an die IV-Stelle vom 23. Oktober 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Anpassungsstörungen und verlängerte depressive Reaktion bei Status nach Operation und somatischem Schmerz. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er auffällige Persönlichkeitszüge mit schizoiden, schizotypen und zwanghaften Anteilen fest. Weiter führte Dr. I.____ aus, dass der Versicherte bei Komplikationen nach einer Wirbelversteifungsoperation durch den Hausarzt zugewiesen worden sei. Er sei seit dem 3. Februar 2015 in ambulanter Behandlung. Der Versicherte befinde sich in einem leicht untergewichtigen Ernährungszustand und sei in seiner Persönlichkeitsstruktur leicht auffällig. Solange die somatischen, chronifizierten Beschwerden persistierten, sei die Prognose ungünstig. In der bisherigen Tätigkeit bestehe aus rein psychiatrischer Sicht seit Behandlungsbeginn eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Der Versicherte gebe an, dass er froh wäre, wieder arbeiten zu können (IV-act. 76). Die behandelnden Ärzte der Klinik D.____ führten in einem Verlaufsbericht vom 15. Oktober 2015 aus, dass der Versicherte von der Operation profitiert habe, jedoch weiterhin Kreuzschmerzen persistierten. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht könne theoretisch an einen Neurostimulator gedacht werden. Der Versicherte werde sich dies überlegen. Eine weitere Kontrolle sei in zwei Jahren postoperativ geplant (IV-act. 79). Am 10. November 2015 nahm Dr. E.____ dahingehend Stellung, dass aufgrund der medizinischen Akten kein plausibler Grund bestehe, weshalb nicht mindestens eine 50-60%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten

Tätigkeit realisiert werden könne. Die BEFAS-Abklärung habe wegen körperlicher Schwäche, psychischer Instabilität und geringer Motivation abgebrochen werden müssen. Weitere berufliche Massnahmen seien derzeit nicht zielführend, jedoch empfehle sie einen stationären Rehabilitationsaufenthalt (IV-act. 81). Mit einer Mitteilung vom 25. November 2015 informierte die IV-Stelle den Versicherten darüber, dass kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe (IV-act. 84). Mit Schreiben vom 29. Dezember 2015 orientierte die IV-Stelle den Versicherten darüber, dass aktuell ein instabiler Gesundheitszustand vorliege, weshalb noch keine abschliessende Beurteilung erfolgen könne. Gleichzeitig bat sie den Versicherten um Beantwortung einiger Fragen (IV-act. 89). Bezugnehmend auf dieses Schreiben teilte Dr. B.____ der IV-Stelle am 6. Januar 2016 telefonisch mit, dass keine Rehabilitation stattfinde. Aus hausärztlicher Sicht wäre eine Rehabilitation auch nicht erfolgsversprechend. Aus seiner Sicht liege ein medizinischer Endzustand vor, der nicht mehr relevant verbessert werden könne. Auch die Klinik D.____ sei wohl dieser Meinung, da die Ärzte über einen Neurostimulator nachgedacht hätten. Wenn die IV-Stelle darauf bestehe, werde er eine Kostengutsprache für einen Rehabilitationsaufenthalt anfordern, jedoch würde ein solcher in erster Linie der Komplettierung der IV-Akten dienen (IV-act. 90). Am 1. Februar 2016 gelangte med. pract. H.____ an die IV-Stelle und bekundete sein Unverständnis darüber, dass sich der Fall so lange und zermürend hinziehe. Von einer Rehabilitation verspreche er sich keinerlei Besserung. Die Situation des Versicherten sei bereits im Jahr 2013 in vollem Mass invalidisierend gewesen (IV-act. 92). Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte am 27. und 29. Juni sowie am 1. und 5. Juli 2016 von der Abklärungsstelle PMEDA polydisziplinär (internistisch, neurologisch, orthopädisch und psychiatrisch) untersucht (vgl. IV-act. 106, 107 und 108). Der internistische Gutachter erkannte in seinem Teilgutachten keinen Anhaltspunkt für eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende internistische Erkrankung (IV-act. 108 S. 19). Der neurologische Gutachter nannte in seinem Teilgutachten als neurologische Diagnose ein chronisches lumbales Vertebralesyndrom und ein residuelles, vorrangig sensibles S1-Wurzelkompressionssyndrom links bei Status nach zweimaliger lumbaler Operation mit Spondylodese LWK4 aus SWK1 (IV-act. 108 S. 26). Weiter hielt er fest, aus neurologischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten, jedoch mit einem auf 50 % reduzierten Pensum, da ein erheblicher Pausenbedarf bestehe. Arbeiten mit häufigen lumbovertebralen Zwangshaltungen seien zu vermeiden. Eine Besserung sei nicht mehr zu erwarten. Die Befunde stünden weitgehend in Einklang mit den neurologischen Aktdaten (IV-act. 108 S. 27). Der orthopädische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten als Diagnose aus seinem Fachgebiet ein lumbales Defektsyndrom nach zweimaliger Spondylodese L4 bis S1 fest (IV-act. 108 S. 34). In seiner Beurteilung kam er zum Schluss, dass der Versicherte aufgrund des erhobenen Befundes in seiner körperlichen Belastbarkeit und seiner Arbeitsfähigkeit dauerhaft eingeschränkt sei. Leistbar seien nur noch leichte körperliche, wechselbelastende Arbeiten unter Vermeidung von Zwangshaltungen des Rumpfes ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg. Die Limitierungen seien dauerhafter Natur. Die angestammte berufliche Tätigkeit scheidet aufgrund der wiederkehrenden ungünstigen Wirbelsäulenbelastung und der überwiegend einseitigen stehenden Körperposition auf Dauer aus, mithin bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 108 S. 36). Der psychiatrische Gutachter erkannte in seiner Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, wobei er es für möglich hielt, dass einst eine depressive Episode bestanden haben könnte

(IV-act. 108 S. 41). In ihrem Gutachten vom 7. September 2016 (vgl. IV-act. 108 S. 1) kamen die Sachverständigen in ihrer Konsensbeurteilung zum Schluss, dass für den Versicherten in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule (LWS) und ohne ständiges Stehen von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % (Pensum 50 % und Rendement 100 %) auszugehen sei, da auch hierbei eine reduzierte Ausdauerfähigkeit, namentlich ein erhöhter Pausenbedarf bestehe. Zukünftige Verschlechterungen seien denkbar, weshalb das Einholen von Kontrollberichten in zweijährigen Abständen sinnvoll sei (IV-act. 108 S. 43). Die Einschätzung von med. pract. H. ___ würden sie als Gutachter insoweit teilen, als eine zu 100 % erloschene Arbeitsfähigkeit in der angestammten und jedweder vergleichbaren Tätigkeit plausibel sei. Die Beschwielungszeichen der Hände und Füße (Zeichen der regen Aktivität), die anamnestisch aufscheinende Alltagsselbständigkeit und Aktivität (u.a. Hundesport), die Diskrepanz zwischen reklamierter Schmerzintensität und gering gestörtem klinischen Eindruck sowie der BEFAS-Bericht aus dem Juli 2015, der leistungsfremde motivationale Störartefakte beschreibe (wenngleich diese in den weiteren Bewertungen nicht erkennbar miteinbezogen worden seien), erschienen als Argumente für eine in angepassten Tätigkeiten zumindest partiell gegebene Arbeitsfähigkeit von 50 % seit dem Jahr 2012. Unterbrechungen mit höhergradigen früheren Arbeitsunfähigkeiten, zum Beispiel für die Zeit der Revisionsoperation im Jahr 2014, seien möglich, liessen sich retrospektiv jedoch nicht näher eingrenzen und quantifizieren (IV-act. 108 S. 43 f.). Mit einem Vorbescheid vom 20. September 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache einer Viertelsrente ab dem 1. Juli 2013 in Aussicht (IV-act. 112). Am 4. Oktober 2016 teilte der Versicherte der IV-Stelle durch seine Rechtsvertreterin mit, dass er mit dem Vorbescheid nicht einverstanden sei (IV-act. 113). Am 24. Oktober 2016 begründete der Versicherte seinen Einwand. Insbesondere kritisierte er, dass sich die Gutachter nur mangelhaft mit dem BEFAS-Abklärungsbericht auseinandergesetzt hätten und dass sie zu Unrecht auf eine rege Alltagsaktivität geschlossen hätten. Weiter bemängelte er die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Berechnung des Invaliditätsgrades. Er beantragte, ihm seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Rente ab Juli 2013 auszurichten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Zu diesem Zweck sei ein neues, polydisziplinäres Gutachten einzuholen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (IV-act. 116). Am 10. Januar 2017 verfügte die Ausgleichskasse der Sozialversicherungsanstalt (SVA) des Kanton St. Gallen gestützt auf einen entsprechenden Beschluss der IV-Stelle (vgl. IV-act. 123 S. 3 f.) die Zusprache einer Viertelsrente ab dem 1. Juli 2013 (IV-act. 126). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seine Rechtsvertreterin am 14. Februar 2017 Beschwerde (act. G 1). Mit dieser stellte er die Anträge, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 10. Januar 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm ab Juli 2013 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, wobei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, ein neues, polydisziplinäres Gutachten einzuholen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2). Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, dass es nicht überzeugend sei, wenn die Gutachter in der Konsensbeurteilung zum Schluss einer 50%igen Arbeitsfähigkeit kämen. Mit dieser Einschätzung widersprächen die Gutachter sowohl dem Schlussbericht der BEFAS-Abklärung vom 13. Juli 2015 als auch der Einschätzung des behandelnden Arztes

med. pract. H.____, wonach die gesundheitlichen Einschränkungen bereits im Jahr 2013 in vollem Mass invalidisierend gewesen seien. Schliesslich stehe die gutachterliche Einschätzung auch im Widerspruch zur Stellungnahme des RAD vom 13. Oktober 2015, in welcher dieser die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestätigt habe. Auch hätten die Gutachter die Schätzung der Arbeitsfähigkeit nicht klar und nachvollziehbar begründet (act. G 1 S. 7 ff.). In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Mai 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei insoweit gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer ab Juli 2013 eine halbe Rente auszurichten sei. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen. Zur Begründung machte sie insbesondere geltend, das PMEDA-Gutachten erfülle die von der Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens gestellten Voraussetzungen, weshalb darauf abzustellen sei. Weiter machte sie Ausführungen zur Bemessung des Invaliditätsgrades (act. G 4). Mit Schreiben vom 10. Mai 2017 verzichtete der Beschwerdeführer auf die Einreichung einer Replik (act. G 6). Mit Schreiben vom 22. Oktober 2019 wies der verfahrensleitende Richter den Beschwerdeführer darauf hin, dass eine reformatio in peius drohe, falls das Versicherungsgericht dem Eventualantrag gemäss eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin anordnen sollte. Dem Beschwerdeführer wurde Gelegenheit gegeben, sich dazu vernehmen zu lassen oder die Beschwerde zur Vermeidung einer allfälligen reformatio in peius zurückzuziehen (act. G 8). Mit Eingabe vom 25. Oktober 2019 teilte der Beschwerdeführer dem Versicherungsgericht mit, dass er an der Beschwerde vollumfänglich festhalte (act. G 9). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer mit der angefochtenen Verfügung vom 10. Januar 2017 ab dem 1. Juli 2013 eine Viertelsrente zugesprochen (act. G 1.1.2). Der Beschwerdeführer hat in der Beschwerde die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente beantragt (act. G 1 S. 2). In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Mai 2017 hat die Beschwerdegegnerin den Antrag gestellt, dass die Beschwerde insoweit gutzuheissen sei, als dem Beschwerdeführer ab Juli 2013 eine halbe Rente auszurichten sei (act. G 4 S. 1). Zu prüfen ist somit, in welchem Umfang der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall

das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Zunächst ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht. Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Beurteilung des Rentenanspruchs in medizinischer Hinsicht in erster Linie auf das PMEDA-Gutachten abgestützt (vgl. act. G 1.1.2 und G 4). Demgegenüber teilt der Beschwerdeführer die Einschätzung der PMEDA-Gutachter, wonach eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der LWS und ohne ständiges Stehen gegeben sein soll, nicht (act. G 1). Anhaltspunkte dafür, dass die PMEDA-Gutachter den Beschwerdeführer nicht lege artis untersucht hätten, liegen nicht vor. Sie haben den Beschwerdeführer ausführlich befragt, persönlich untersucht, die erhobenen Befunde erwähnt und die Voraktenlage berücksichtigt. Weiter sind die gestellten Diagnosen auch unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage nachvollziehbar. Allerdings hat der Beschwerdeführer zu Recht darauf hingewiesen, dass der orthopädische Gutachter in seinem Teilgutachten nicht konkret angegeben habe, welche Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht in einer ideal adaptierten Tätigkeit bestehe (IV-act. 108 S. 36). Weiter fehlt im polydisziplinären Konsens der Gutachter eine nachvollziehbare Begründung dafür, weshalb die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit 50 % und nicht etwa 60 % oder 70 % betragen sollte (vgl. insbesondere IV-act. 108 S. 43). Vor diesem Hintergrund hat der Beschwerdeführer die gutachterliche Begründung zu Recht als unzureichend kritisiert (vgl. act. G 1 S. 7), zumal die Gutachter im Rahmen ihrer Begründung aktenwidrig davon gesprochen haben, der Beschwerdeführer würde Hundesport betreiben (vgl. z.B. IV-act. 108 S. 44). Die Akten liefern nämlich keinen Anhaltspunkt dafür, dass der Beschwerdeführer im eigentlichen Sinn Hundesport betreiben würde. Aufgrund der unzureichenden Begründung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit von 50 % ist das Gutachten als noch nicht ausreichend beweiskräftig zu qualifizieren. Deshalb ist den Gutachtern die Gelegenheit zu geben, die Begründung ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung nachzuliefern. Zu diesem Zweck (und da es offensichtlich nicht die Sache des Versicherungsgerichts sein kann, die ureigenste Aufgabe der Beschwerdegegnerin, nämlich die Sachverhaltsabklärung, zu übernehmen) ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. BGE 139 V 100 E. 1.1 und 137 V 264 f. E. 4.4.1.4; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts vom 9. Februar 2018, 8C_580/2017, E. 3.1). Bei dieser Gelegenheit können die Gutachter auch nochmals nach der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der Zeit vor der Begutachtung gefragt werden. Sie haben im Gutachten nämlich darauf hingewiesen, dass nach der Revisionsoperation vorübergehend eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestanden haben dürfte, dass sie sie aber retrospektiv nicht genau einschätzen könnten (vgl. IV-act. 108 S. 44). Allenfalls ist es ihnen möglich, zumindest anzugeben, bis wann nach der Operation eine

volle Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Die Akten liefern zumindest gewisse Anhaltspunkte dafür, dass den Gutachtern eine zeitlich genauere Einordnung möglich sein könnte (vgl. IV-act. 44 S. 1 und 45 S. 5), weshalb sich eine Rückfrage aufdrängt. Der internistische Gutachter sollte gefragt werden, ob und gegebenenfalls wie er das Untergewicht des Beschwerdeführers und dessen Schlafprobleme bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt hat. Da die Beschwerdegegnerin nach der Rückfrage bei den Gutachtern erneut über den Rentenanspruch wird befinden müssen, ist im Sinne eines obiter dictum darauf hinzuweisen, dass das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen ausgehend von einem gestützt auf den Art. 54 des Gerichtsgesetzes des Kantons St. Gallen (GerG, sGS 941.1) gefassten Beschluss aktuell folgende Praxis verfolgt: Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und die nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40 % arbeitsunfähig sind, haben grundsätzlich Anspruch auf eine Rente, obwohl zumutbare Eingliederungsmassnahmen, welche ihre Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, nicht abgeschlossen sind. Demnach wird für die Rentenzusprache zunächst die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Art. 6 Satz 1 ATSG) relevant sein, während die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit erst ab demjenigen Zeitpunkt zum Tragen kommen wird, in welchem dem Beschwerdeführer diese adaptierte Tätigkeit nach Art. 6 Satz 2 ATSG möglich und zumutbar ist. Da die Beschwerdegegnerin berufliche Eingliederungsmassnahmen bereits rechtskräftig verneint hat (vgl. IV-act. 84; für die Frage der Rechtskraft vgl. BGE 134 V 150 ff. E. 5.2 ff.), besteht die Invalidenkarriere notwendigerweise in einer behinderungsadaptierten Hilfsarbeit. In teilweiser Guttheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Verteilung der Gerichtskosten ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung praxisgemäss als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende 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 (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden, durchschnittlich aufwändigen Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Guttheissung der Beschwerde wird

die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 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.