

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/104 vom 7. Juli 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-07-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_104](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_104)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/104 du 7 juillet 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/104 del 7 luglio 2020

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Würdigung medizinischer Berichte. Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit und anschliessender neuer Verfügung. Einlässliche Kritik an der – nie auch nur annähernd überzeugend begründeten – bundesgerichtlichen Auffassung, dass Art. 17 Abs. 1 ATSG auf Neuanmeldungen zum Bezug einer Invalidenrente analog anwendbar sei (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juli 2020, IV 2018/104).

## **Volltext**

Entscheid vom 7. Juli 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Katja Meili  
Geschäftsnr. IV 2018/104 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 1. Juni 2001 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 19. Juni 2001, der Versicherte leide seit ca. 1996 an einer Spinalkanalstenose LW4/5 mit beidseitiger Wurzelreizsymptomatik L5. Seit 14. August 2000 sei der Versicherte praktisch durchgehend zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 6-1 ff.). Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 17) wurde der Versicherte durch Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) untersucht. Diese befanden am 1. Februar 2002, der Versicherte leide an einer Lumbago und an einer Lumboischialgie. Nach wie vor sei die schon im Juni 1999 empfohlene operative Dekompression angezeigt. Als Maschinenführer, als Umspinner und als Mitarbeiter in einer Fensterfabrik könne der Versicherte nur noch im Umfang von 30% eingesetzt werden. Für bandscheibenschonende Tätigkeiten liege dagegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 20). Mit einer Verfügung vom 28. Mai 2002 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 34). Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 1. Mai 2003 ab (IV-act. 41). Am 28. Mai 2003 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 42). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, hatte am 2. Februar 2003 berichtet, der Versicherte klage weiterhin über anhaltende Schmerzen über der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Ausstrahlung in die Oberschenkel (OS) beidseits. Die Schmerzen hätten in letzter Zeit eher zugenommen, der Versicherte brauche auch mehr Schmerzmedikamente. Für schwere Arbeiten sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Gemäss seinen eigenen Angaben sei der Versicherte

auch für leichte Arbeiten mit langem Stehen oder Sitzen nicht über 50% arbeitsfähig (IV-act. 43). Am 1. September 2003 berichtete Dr. C.\_\_\_\_, dass es seit der Begutachtung durch die Klinik für Neurochirurgie des KSSG zu keinen objektivierbaren Veränderungen des Gesundheitszustands des Versicherten gekommen sei (IV-act. 46). Mit Verfügung vom 11. Dezember 2003 trat die IV-Stelle nicht auf das Leistungsbegehren ein (IV-act. 49). Die am 28. Januar 2004 dagegen erhobene Einsprache (IV-act. 50) wies sie mit einem Entscheid vom 19. März 2004 ab (IV-act. 57). Dieser Einspracheentscheid wurde vom Eidgenössischen Versicherungsgericht am 17. Februar 2005 letztinstanzlich bestätigt (I 781/04; vgl. IV-act. 69). Am 20. April 2005 liess der Versicherte bei der IV-Stelle ein "Revisionsgesuch" einreichen (IV-act. 72). Am 15. August 2005 erliess die IV-Stelle eine Nichteintretensverfügung (IV-act. 80). Dagegen liess der Versicherte am 19. September 2005 eine Einsprache erheben (IV-act. 81), die von der IV-Stelle am 12. Januar 2006 abgewiesen wurde (IV-act. 94). Im Januar 2007 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 100). Mit einer Verfügung vom 21. Juni 2007 trat die IV-Stelle nicht auf diese Neuanmeldung ein (IV-act. 122). Gleichentags wies sie das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 121). Gegen die Nichteintretensverfügung liess der Versicherte am 23. August 2007 Beschwerde erheben (IV-act. 123). Die Nichteintretensverfügung wurde vom Bundesgericht am 26. Januar 2009 letztinstanzlich bestätigt (9C\_888/2008; IV-act. 151). Am 12. August 2010 meldete sich der Versicherte wieder zum Leistungsbezug an (IV-act. 156). Wegen einer Diskopathie und einer Spondylarthrose L4/5 hatte er sich am 7. Juni 2010 im KSSG einer transforaminalen interkorporellen Fusion (TLIF) L4/5 und einer Beckenkamm-spongiosaentnahme rechts unterzogen (IV-act. 164-9 ff.). RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt am 24. Januar 2011 fest, angesichts der operativen Behandlung sei eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Versicherten ausgewiesen. Für adaptierte Tätigkeiten sei aber nach wie vor von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 165). Mit einem Vorbescheid vom 23. Februar 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten ein Nichteintreten auf sein Leistungsbegehren in Aussicht (IV-act. 168). Dagegen liess der Versicherte am 25. März 2011 einwenden, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, so dass eine umfassende neue Abklärung bzw. ein medizinisches Gutachten angezeigt sei (IV-act. 174, vgl. IV-act. 179). RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ empfahl am 20. Juli 2011 die Einholung eines "formalisierten" Arztberichtes der Klinik für orthopädische Chirurgie des KSSG (IV-act. 180). Diese gab am 9. August 2011 an, der Versicherte sei mit der Behandlung unzufrieden gewesen und daher nicht mehr zu den Kontrolluntersuchungen erschienen, weshalb die Fragen der IV-Stelle nicht beantwortet werden könnten (IV-act. 181). RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_ führte am 7. September 2011 aus, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht belegt (IV-act. 184). Gleichentags teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie an ihrem Entscheid festzuhalten gedenke (IV-act. 185). Damit erklärte sich der Versicherte am 23. September 2011 nicht einverstanden (IV-act. 186). Auf Empfehlung von RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 187) beauftragte die IV-Stelle die Medas Ostschweiz mit einer polydisziplinären (neurologisch, orthopädisch, psychiatrisch) Begutachtung (IV-act. 188). In ihrem Gutachten vom 15. März 2012 führten die abklärenden Ärzte aus, der Versicherte leide an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom sowie an einer Spinalkanalstenose bei einem Zustand nach einer TLIF und einer Beckenkamm-Spongiosaentnahme rechts. Eine psychiatrische Erkrankung liege nicht vor. Aus orthopädischer Sicht könne dem Versicherten eine adaptierte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten über fünf

Kilogramm vollumfänglich zugemutet werden. In der klinisch-neurologischen Untersuchung hätten keine relevanten Befunde objektiviert werden können (IV-act. 192). Mit einer Verfügung vom 11. Juni 2012 wies die IV-Stelle das Rentengesuch des Versicherten ab (IV-act. 197). Am 13. September 2012 reichte der Versicherte erneut eine Anmeldung bei der IV-Stelle ein (IV-act. 199). Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, berichtete am 19. Dezember 2012, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit der letzten Untersuchung verschlechtert. Im Juli 2012 sei ein Neurostimulator implantiert worden. Dies habe einen epiduralen Abszess zur Folge gehabt, weshalb der Stimulator im August 2012 wieder entfernt werden müsse. Vorübergehend sei der Versicherte deswegen vollständig arbeitsunfähig gewesen. Der Operateur habe festgehalten, dass die Arbeitsunfähigkeit längerfristig bei etwa 50 Prozent liegen dürfe (IV-act. 207). RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ notierte am 9. Januar 2013, dass die Einschätzungen der Medas Ostschweiz - mit Ausnahme einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Zeitraum vom 18. Juli bis 10. September 2012 - vollumfänglich Gültigkeit hätten (IV-act. 209). Mit einem Vorbescheid vom 4. Februar 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 215). Dagegen liess der Versicherte am 26. April 2013 einwenden, es fehlten umfassende medizinische Abklärungen für den Zeitraum ab März 2012. Auf das widersprüchliche Gutachten der Medas Ostschweiz könne nicht mehr abgestellt werden (IV-act. 221, 225). Auf Nachfrage der IV-Stelle führte der zuständige Sachverständige der Medas Ostschweiz am 10. Juni 2013 aus, die Einwände des Versicherten gegen das Gutachten beruhten auf der Unkenntnis des klassifikatorischen ICD-10 Systems, sie seien medizinisch unbegründet (IV-act. 232). Der neue Hausarzt, Dr. med. G.\_\_\_\_, führte am 19. Juni 2013 aus, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit dem 28. Dezember 2012 verschlechtert. Der Versicherte befinde sich nun neu auch in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 236). Am 4. Juli 2013 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt im Psychiatrie-Zentrum I.\_\_\_\_, über eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (IV-act. 237). RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ befand am 5. August 2013, es bleibe bei den bisherigen Beurteilungen des RAD seit der Medas-Begutachtung (IV-act. 238). Am 13. August 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie an ihrem Entscheid festhalte (IV-act. 239). Mit einer Verfügung vom 21. August 2013 wies sie das Rentengesuch mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (IV-act. 243). Dagegen liess der Versicherte am 5. September 2013 eine Beschwerde erheben (IV-act. 253). Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens liess der Versicherte diverse medizinische Berichte, unter anderem bezüglich im Frühjahr 2015 erfolgte stationäre Behandlungen im Spital J.\_\_\_\_ sowie in den Kliniken Valens, einreichen (vgl. IV-act. 262 ff.). Mit einem Urteil vom 5. November 2015 wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerde ab (IV-act. 266). Das Bundesgericht bestätigte dies am 23. Februar 2016 (9C\_939/2015; IV-act. 273). Am 11. September 2013 hatte der Versicherte für den Fall, dass seine gegen die Verfügung vom 21. August 2013 erhobene Beschwerde nicht vollumfänglich gutgeheissen werde, bei der IV-Stelle ein Revisionsbegehren stellen lassen (IV-act. 251). Die IV-Stelle teilte ihm am 10. März 2016 mit, mit den eingereichten Unterlagen sei eine relevante Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts seit dem Gerichtsurteil vom 23. Februar 2016 noch nicht ausreichend dokumentiert. Sie setzte ihm eine Frist zur Einreichung weiterer Dokumente, ansonsten sie auf das Gesuch nicht eintreten werde (IV-act. 276). Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 2. April 2016 über eine Verschlechterung des psychischen und somatischen

Gesundheitszustandes (IV-act. 279). Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie-Zentrum I.\_\_\_\_, hielt am 20. April 2016 nach einer Erstkonsultation als Diagnose psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54) fest; aus psychiatrischer Sicht könne er eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht bestätigen (IV-act. 282-1 f.). Der behandelnde Arzt des KSSG berichtete am 11. April 2016, der Versicherte beklage noch intensivere Schmerzen. Zumindest bildgebend habe er keine so relevanten Veränderungen des Rückens, dass sich daraus ein chirurgischer Handlungsbedarf ergeben würde. Er weise einen weitgehend normalen postoperativen Status auf. Die Einschätzung, dass der Versicherte nicht über 50% einsatzfähig werden dürfte, fusse primär auf der Tatsache, dass er sich nicht vorstellen könne, wie man einen Versicherten nach einer 15-jährigen Arbeitsabstinenz wieder vernünftig ins Berufsleben reintegrieren könne. Man werde die Arbeitsunfähigkeit beim Versicherten weniger über den somatischen Zustand der Wirbelsäule als über die psychosoziale Alteration definieren müssen (IV-act. 282-5 f.). RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ befand am 20. Mai 2016, anhand der eingereichten Unterlagen sei es medizinisch nicht plausibel nachvollziehbar, dass sich der Gesundheitszustand verändert und dass dies einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte (IV-act. 283). Mit Vorbescheid vom 20. Mai 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten das Nichteintreten auf dessen Leistungsbegehren in Aussicht (IV-act. 285). Nach einer ersten Sprechstunde stellte Dr. med. L.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik M.\_\_\_\_, am 20. Juni 2016 die (vorläufige) Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei jahrelangen chronischen Schmerzen (ICD-10: F62.80) (IV-act. 287). Dr. G.\_\_\_\_ befand am 9. Juli 2016, beim Versicherten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60% (IV-act. 291-3, vgl. auch den Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ in IV-act. 291-1). RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ führte am 23. August 2016 aus, eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Referenzsituation sei glaubhaft gemacht. Deshalb sei eine erneute polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen (IV-act. 295). Im Auftrag der IV-Stelle (vgl. IV-act. 297) wurde der Versicherte im Dezember 2016 durch Ärzte der Medas Zentralschweiz polydisziplinär abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 28. April 2017 nannten diese als Diagnosen mit einer wesentlichen Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein failed back surgery-syndrome (FBSS) mit einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom links, eine Morton-Neuralgie Strahl II/III rechts und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F43.41). Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, befand zudem, die diagnostischen Kriterien für eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) seien erfüllt, wobei sich die Diagnostik aber vor allem auf die Angaben des Versicherten abstütze. Aus psychiatrischer Sicht seien keine sicheren Angaben zur Arbeitsfähigkeit möglich. Aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie, betrachtete die angestammte Tätigkeit als seit Juli 2012 nicht mehr zumutbar. Für eine adaptierte Tätigkeit bestehe hingegen seither eine Restarbeitsfähigkeit von insgesamt 50%. Der allgemein-internistische Gutachter hielt lediglich körperliche Schwerarbeiten für nicht mehr möglich (IV-act. 302). Die zuständigen RAD-Ärzte notierten am 13. bzw. 14. November 2017, auf das Medas-Gutachten vom 28. April 2017 könne nur teilweise abgestellt werden. Die von Dr. O.\_\_\_\_ getroffenen Schlussfolgerungen zum (veränderten) Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Seit dem Medas-Gutachten im Jahr 2012 sei keine objektivierbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Die im Medas-Gutachten 2017

festgestellte Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 50% sei somit lediglich eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts. Somit sei weiterhin auf die orthopädische Beurteilung des Medas-Gutachtens 2012 abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (IV-act. 307). Mit einem neuen Vorbescheid vom 21. November 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades in Aussicht (IV-act. 310). Dagegen liess der Versicherte am 11. Januar 2018 einen Einwand erheben (IV -act. 311). Nach einer weiteren Stellungnahme der zuständigen RAD-Ärztin (vgl. IV-act. 313) verfügte die IV-Stelle am 8. Februar 2018 die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 314). Gegen die Verfügung vom 8. Februar 2018 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 12. März 2018 Beschwerde erheben. Er liess beantragen, die Verfügung sei aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Weiter sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung zu gewähren; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Er liess ausführen, das Gutachten der Medas Zentralschweiz 2017 erfülle die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein Gutachten vollumfänglich. Entgegen der Ansicht des RAD könne auf das Gutachten abgestellt werden, so dass für die Bemessung der Versicherungsleistungen von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% auszugehen sei. Bei dem daraus resultierenden Invaliditätsgrad von 55% habe er Anspruch auf mindestens eine halbe Invalidenrente. Dabei seien die zu wenig abgeklärten psychischen Einschränkungen noch nicht berücksichtigt. Zudem habe er einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (act. G1). Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 22. Mai 2018 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, ob ein Rentenanspruch bestehe, beurteile sich in analoger Anwendung der für die Rentenrevision geltenden Regeln. Die Verfügung vom 21. August 2013 beruhe in medizinischer Hinsicht massgeblich auf dem Gutachten der Medas Ostschweiz vom 15. März 2012. Bis zum Gutachten der Medas Zentralschweiz vom 28. April 2017 sei keine objektivierbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Die in diesem Gutachten festgehaltene Arbeitsunfähigkeit von 50% in einer adaptierten Tätigkeit sei lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts, weshalb weiterhin auf die im Gutachten der Medas Ostschweiz vom 15. März 2012 attestierte 100%-ige Arbeitsfähigkeit abzustellen sei. Der rheumatologische Teilgutachter der Medas Zentralschweiz habe weder bildgebend noch klinisch korrelierende Befunde als Erklärung für die geklagten ausgeprägten Rückenschmerzen feststellen können. Da er keine relevanten klinisch-pathologischen Befunde habe erheben könne, sei die somatisch-rheumatologisch begründete 50%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nicht nachvollziehbar. Inwiefern sich das psychische Zustandsbild des Beschwerdeführers in einer reversionserheblichen Weise geändert haben könnte, sei ebenfalls nicht erkennbar. Da sich im Rahmen der Abklärungen keine erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ergeben habe, bestehe kein Anlass zur Durchführung eines neuen Einkommensvergleichs. Es bleibe also bei dem in der Verfügung vom 21. August 2013 festgestellten Invaliditätsgrad von 0% (act. G3). Am 28. Mai 2018 entsprach die Verfahrensleitung dem Gesuch des Beschwerdeführers um die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (act. G4). In seiner Replik vom 27. Juni 2018 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten. Er liess vorbringen, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Gutachten der Medas Ostschweiz vom 15. März 2012 verschlechtert. Er sei innert zwei Monaten (Juli und August 2012) dreimal thorakolumbal operiert worden. Nach den Eingriffen sei es zu einer anhaltenden und

deutlichen Beschwerdeverschlimmerung gekommen. Ausserdem habe sich sein psychischer Gesundheitszustand verschlechtert. Einem FBSS liege oft kein eindeutiges organisches Substrat zugrunde. Auch bei ihm handle es sich um ein Beschwerdebild, das neben den somatischen Ursachen auch durch psychische Belastungen beeinflusst sei. Gemäss den gutachterlichen Ausführungen habe auch die komplexe posttraumatische Belastungsstörung eine Auswirkung auf die Schmerzgenese. Da sich der Sachverhalt seit dem Frühling 2012 erheblich verändert habe und da das Gutachten aus dem Jahr 2012 unvollständig sei, könne nicht mehr auf dieses Gutachten abgestellt werden (act. G6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G8). Erwägungen Das

Verwaltungsverfahren, das mit der angefochtenen Verfügung vom 8. Februar 2018 abgeschlossen worden ist, hat keine erstmalige Anmeldung zum Leistungsbezug zum Gegenstand gehabt. Der Beschwerdeführer hatte sich nämlich bereits mehrmals zum Leistungsbezug angemeldet und die Beschwerdegegnerin hatte sein Leistungsbegehren letztmals mit einer Verfügung vom 21. August 2013 mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades abgewiesen (IV-act. 239). Beim "Revisionsbegehren" vom 11. September 2013 hat es sich folglich um eine Neuanmeldung im Sinne des Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (SR 831.201; IVV) gehandelt. Gemäss dieser Bestimmung wird, wenn eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden ist, eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft gemacht hat, dass sich die für die Bestimmung des Invaliditätsgrades relevanten tatsächlichen Verhältnisse in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert haben. Der Versicherungsträger ist verpflichtet, solche Neuanmeldungen rechtsgleich zu behandeln, weshalb im Beschwerdefall überprüft werden muss, ob er zu Recht auf eine Neuanmeldung eingetreten oder nicht eingetreten ist. Vorliegend hat der Beschwerdeführer am 11. September 2013, noch während des laufenden Beschwerdeverfahrens gegen die abweisende Verfügung vom 21. August 2013, für den Fall, dass seine Beschwerde nicht vollumfänglich gutgeheissen werde, ein "Revisionsbegehren" gestellt (IV-act. 251). Nach dem Abschluss des Beschwerdeverfahrens hat der Beschwerdeführer zur Glaubhaftmachung einer Veränderung des für den Invaliditätsgrad massgebenden Sachverhalts diverse Arztberichte eingereicht (IV-act. 282), was ihm bis zum Entscheid der Beschwerdegegnerin über das Eintreten auf die Neuanmeldung vom 11. September 2013 möglich gewesen ist. Diesen Berichten ist nach der damaligen Auffassung der Beschwerdegegnerin keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes zu entnehmen gewesen, weshalb die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit einem Vorbescheid vom 20. Mai 2016 ein Nichteintreten in Aussicht gestellt hat (IV-act. 285). In seinem Bericht vom 20. Juni 2016 hat Dr. L.\_\_\_\_ jedoch neu die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei jahrelangen chronischen Schmerzen gestellt (IV-at. 287). Dies weist insofern auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin, als der psychiatrische Teilgutachter der Medas Ostschweiz im März 2012 noch davon ausgegangen war, es liege keine psychiatrische Erkrankung vor (IV-act. 192-24 f.). Zudem hat Dr. G.\_\_\_\_ über eine Verschlechterung des psychischen und somatischen Gesundheitszustandes berichtet und den Beschwerdeführer als zu mindestens 60% arbeitsunfähig erachtet (IV-act. 291, vgl. IV-act. 279). Damit ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gewesen, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die erneute Anmeldung eingetreten ist. Die Beschwerdegegnerin geht in Übereinstimmung mit der entsprechenden höchstrichterlichen Auffassung (vgl. BGE 109 V 108 und BGE 117 V 198 E. 3a S. 198) davon aus, Gegenstand des Beschwerdeverfahrens sei die Frage, ob

sich der rechtserhebliche Sachverhalt seit der letzten Abweisung eines Rentengesuchs massgeblich verändert hat. Nach dieser Ansicht geht es also darum, in analoger Anwendung des Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) eine Anpassung einer rentenablehnenden Verfügung an nachträglich veränderte tatsächliche Verhältnisse zu prüfen. Dahinter dürfte wohl der Gedanke stehen, dass bei unveränderten tatsächlichen Verhältnissen ein gleichlautender Entscheid (Abweisung) resultieren müsse. Tatsächlich soll das Handeln der Verwaltung für den Bürger voraussehbar und insbesondere widerspruchsfrei sein. Es wäre mit dem Grundsatz von Treu und Glauben nicht vereinbar, wenn dieselbe Behörde in Anwendung derselben rechtlichen Bestimmungen innerhalb eines gewissen Zeitverlaufs über einen Anspruch unterschiedlich befinden würde, ohne dass sich der rechtserhebliche Sachverhalt wesentlich verändert hätte und ohne dass dafür sonstige nachvollziehbare Gründe angeführt werden könnten. Als ein solcherart nachvollziehbarer Grund ist dabei insbesondere die bessere Erkenntnis zu qualifizieren, etwa wenn die Verwaltung bei einer erneuten Prüfung feststellt, dass sie im Rahmen des ersten Verfahrens die massgebenden Rechtsnormen teilweise falsch interpretiert und angewendet hat oder dass sie von einem falschen Sachverhalt ausgegangen ist. Die erwähnte höchstrichterliche Auffassung geht allerdings zu weit. Wenn nämlich jedes neue Verfahren nicht mehr als (umfassendes) Verfahren zur erstmaligen Prüfung eines bestimmten Anspruchs, sondern als Revisionsverfahren im Sinne von Art. 17 ATSG verstanden wird, wird ein früher begangener Rechtsanwendungsfehler oder ein früher begangener Fehler bei der Sachverhaltserhebung oder -würdigung perpetuiert. Im Rahmen eines Revisionsverfahrens darf nämlich nach dem klaren Wortlaut und nach dem eindeutigen Sinn und Zweck des Art. 17 Abs. 1 ATSG ausschliesslich einer Veränderung des Sachverhalts Rechnung getragen werden (vgl. Ralph Jöhl, Die Revision nach Art. 17 ATSG, in: JaSo 2012 S. 153 ff.). Früher begangene Fehler, die zu einer rechtskräftigen Fehlentscheidung geführt haben, können nicht im Rahmen einer Revision behoben werden; hierfür müsste der betroffene Entscheid vielmehr in Wiedererwägung gezogen oder so genannt prozessual revidiert werden (Art. 53 Abs. 1 und 2 ATSG). Die erwähnte Beschränkung der Möglichkeit, laufende Leistungen im Rahmen von Revisionsverfahren anzupassen, ist gesetzlich verankert. Eine analoge Beschränkung der Möglichkeit, nicht laufende Leistungen ("Nichtleistungen" oder "Nichtrenten") "anzupassen", ist dagegen gesetzlich nicht vorgesehen. Mit anderen Worten besteht weder eine gesetzliche Grundlage dafür, neuerliche Verfahren nach Abweisung eines Gesuchs auf die Frage etwaiger nachträglicher Veränderungen der tatsächlichen Verhältnisse zu begrenzen, noch eine Notwendigkeit für eine solche Beschränkung. Während der Versicherte darauf vertrauen darf, dass eine laufende Leistung nicht ohne relevante Veränderungen der tatsächlichen Verhältnisse abgeändert werden kann, besteht kein entsprechender Vertrauensschutz in Bezug auf Abweisungen von Leistungsgesuchen. Im Interesse der Versicherten wäre ein solcher augenscheinlich nicht, aber auch die Verwaltung hat kein entsprechendes rechtlich beachtenswertes Interesse, da sie letztlich einzig dem Zweck zu dienen hat, das massgebende Recht richtig anzuwenden, das heisst, jene Leistungen zuzusprechen, auf die ein Anspruch besteht, und jene Leistungen zu verweigern, auf die kein Anspruch besteht. Weder allfällige fiskalische Interessen noch ein Interesse an einer Beschränkung des Verwaltungsaufwandes auf ein Minimum vermögen eine schutzwürdige Position des Sozialversicherungsträgers zu begründen. Schliesslich scheint auch das Konzept einer Dauerwirkung der Abweisung eines Gesuchs fragwürdig. Mit der Abweisung eines Rentengesuchs wird nämlich nicht eine "Dauernichtleistung"

verfügt, sondern ein entsprechender Anspruch auf eine Dauerleistung im Zeitpunkt der Prüfung bzw. der Verfügung verneint. Abgesehen vom Verbot, sich im Vergleich zu einer früheren Prüfung widersprüchlich zu verhalten, lässt es sich vor dem Gleichbehandlungsgrundsatz nicht rechtfertigen, eine versicherte Person, die sich erneut zum Bezug einer Invalidenrente anmeldet, ausserhalb der Eintretenshürde des Art. 87 Abs. 3 IVV anders zu behandeln als eine versicherte Person, die sich zum ersten Mal zum Bezug einer Invalidenrente anmeldet (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. November 2012, IV 2010/428, E. 1.2; bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts vom 5. August 2013, 9C\_965/2012). Aus diesen Gründen bildet den Gegenstand des Beschwerdeverfahrens – nachdem die Beschwerdegegnerin auf die entsprechende Neuanmeldung eingetreten ist – nicht die Frage, ob und allenfalls inwiefern sich der Sachverhalt seit der letzten abweisenden Verfügung vom 21. August 2013 verändert hat, sondern vielmehr jene, ob die Beschwerdegegnerin (bei umfassender Würdigung) einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht (erneut) verneint hat. Mit der angefochtenen Verfügung vom 8. Februar 2018 hat sich die Beschwerdegegnerin ausschliesslich zu einem allfälligen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente geäussert, weshalb nur der potentielle Rentenanspruch den Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens bildet. In einem Schreiben vom 27. April 2016 sowie in der Beschwerde hat der Beschwerdeführer sinngemäss auch berufliche Massnahmen beantragt (IV-act. 281, act. G1 S. 11 N. 37). Berufliche Massnahmen würden im Sinne des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente" dann in Betracht fallen, wenn ein Rentenanspruch "drohen" würde (vgl. zum Grundsatz etwa Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Vorbemerkungen N 86 ff.). Wie sich nachfolgend ergibt, ist die Streitsache jedoch mangels Spruchreife an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, so dass noch gar nicht bekannt ist, ob ein Rentenanspruch "droht". Auf den entsprechenden Teil des Beschwerdebegehrens kann das Gericht deshalb nicht eintreten. Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. Im Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte

haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a am Schluss, BGE 117 V 282 E. 4.a). Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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). Das Gericht hat zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Beschwerdegegnerin argumentiert im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung der zuständigen RAD-Ärzte vom 13. bzw. 14. November 2017 (vgl. IV-act. 307), laut der aufgrund des Gutachtens der Medas Zentralschweiz vom 28. April 2017 keine objektivierbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Gutachten der Medas Ostschweiz vom 15. März 2012 nachgewiesen sei. Die vom rheumatologischen Teilgutachter der Medas Zentralschweiz, Dr. O. \_\_\_\_, 2017 festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 50% in einer adaptierten Tätigkeit sei lediglich eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts. Daher sei auf die orthopädische Beurteilung des Gutachtens der Medas Ostschweiz 2012 abzustellen und weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (IV-act. 307, 314, act. G3). Tatsächlich enthält das rheumatologische Teilgutachten der Medas Zentralschweiz aus dem Jahr 2017 aber Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. So hat der rheumatologische Teilgutachter Dr. O. \_\_\_\_ eine zwischenzeitlich aufgetretene und sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Morton-Neuralgie Strahl II/III rechts diagnostiziert. Ebenfalls hat er abweichend vom früheren Medas-Gutachten die Diagnose eines FBSS mit einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom links gestellt (IV-act. 302-73). Er hat ausgeführt, im Juli 2012 sei es zur Implantation eines Neurostimulators mit nachfolgend zwei Revisions-Operationen mit schliesslich einem Ausbau des Neurostimulators im August 2012 wegen eines Infekts mit einer epiduralen Abszess-Bildung gekommen. Seit dem Eingriff im Juli 2012 sei eine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten (IV-act. 302-83, 302-85, 302-88). Die Beschwerdegegnerin hat den Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch die Medas Ostschweiz (2012) als unverändert erachtet und deshalb insbesondere in rheumatologischer Hinsicht ohne weitere Prüfung auf das damalige Gutachten (2012) abgestellt, d.h. sie hat den Beweiswert jenes Gutachtens ohne weiteres als ausreichend betrachtet, wohl weil jenes Gutachten zu einer rechtskräftigen Beurteilung geführt hatte. Die Beschwerdegegnerin hätte jedoch den Beweiswert des Gutachtens der Medas Ostschweiz vom 15. März 2012 (vgl. IV-act. 192) von Grund auf neu prüfen müssen, weil es in dem mit der angefochtenen Verfügung abgeschlossenen Verwaltungsverfahren ein Beweismittel wie jedes andere (neu produzierte) gewesen ist. Vorab ist die Frage zu klären, ob die medizinische Situation und damit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers rechtsgenügend abgeklärt wurden. Der

Beschwerdeführer hält das Gutachten der Medas Zentralschweiz (2017) für beweiskräftig, während die Beschwerdegegnerin die Diagnosestellung und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für nicht überwiegend wahrscheinlich hält (act. G1, G3, G6). Dr. N.\_\_\_\_ hat in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Dezember 2016 als Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) festgehalten. Zudem hat er befunden, die diagnostischen Kriterien für eine komplexe PTBS seien erfüllt; in seiner Diagnoseliste hat er die komplexe PTBS jedoch nicht erwähnt (IV-act. 302-100 f., 302-105 f.). Er hat ausgeführt, anhand der ihm zur Verfügung stehenden Informationen und Unterlagen seien keine sicheren Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers möglich. Dieser habe letztmals im Jahr 2008 in einem Pensum von 50% gearbeitet. Ab diesem Zeitpunkt seien keine Anstrengungen, wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, dokumentiert. Arbeitsversuche hätten nicht mehr stattgefunden. Es hätten keine zeitnah erstellten Akten, insbesondere medizinische Berichte, zur Verfügung gestanden, die das Verhalten des Beschwerdeführers bei Schmerzen und vor allem auch die Auswirkungen der Schmerzen bei alltäglichen Verrichtungen dokumentiert hätten. Deshalb sei es nicht möglich gewesen, den funktionellen Schweregrad, d. h. die Auswirkung der psychischen Störung im Alltag unter Arbeitsbedingungen, zu quantifizieren (IV-act. 302-108 f.). Daraus ist zu schliessen, dass sich Dr. N.\_\_\_\_ nicht im Stande gesehen hat, die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, bevor der Beschwerdeführer nicht einen Arbeitsversuch unternommen hat. Dr. N.\_\_\_\_ hat zwar erwähnt, dass medizinisch theoretisch aus psychiatrischer Sicht sicher von einer 50%-igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen sei. Dabei dürfte er sich jedoch auf die vom Beschwerdeführer zuletzt in einem Pensum von 50% ausgeübte Tätigkeit bezogen haben. Er hat also keine für die Bemessung des Invalideneinkommens ausreichende, definitive Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben (IV-act. 302-107). Die Beschwerdegegnerin ist gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 14. November 2017 davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig sei (IV-act. 307). Die vorhandenen Akten lassen diese Schlussfolgerung aber nicht zu. Entgegen der Auffassung des RAD-Arztes Dr. P.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 307) ist der Beschwerdeführer dem psychiatrischen Sachverständigen Dr. N.\_\_\_\_ während der klinischen Untersuchung als psychisch nicht kompensiert erschienen. Dr. N.\_\_\_\_ hat zwar festgehalten, der Beschwerdeführer mache weder einen schmerz erfüllt leidenden noch einen depressiven Eindruck. Die affektive Schwingungs- und Resonanzfähigkeit des Beschwerdeführers hat er jedoch als beeinträchtigt betrachtet. Es sei spürbar gewesen, dass der Beschwerdeführer als Kind und Jugendlicher unter seelischen Schmerzen gelitten habe. Der Beschwerdeführer habe grosse Mühe gehabt, seine Gefühle wahrzunehmen und zu formulieren (IV-act. 302-99 f., 302-102). Wie RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ richtig notiert hat (IV-act. 307), ist zwar gemäss Dr. N.\_\_\_\_ keine richtungsgebende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustanden seit der letzten Erwerbstätigkeit im Jahr 2008 objektivierbar gewesen (IV-act. 302-107). Daraus ist aber nicht zu schliessen, dass Dr. N.\_\_\_\_ entsprechend dem Gutachten der Medas Ostschweiz (2017) von einer Arbeitsfähigkeit von 100% ausgegangen wäre, zumal er das psychiatrische Teilgutachten der Medas Ostschweiz 2012 kritisiert hat (vgl. IV-act. 302-102, 302-104). Schliesslich kann entgegen dem Standpunkt von RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ dem Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ nicht entnommen werden, dass keine relevante Funktionseinschränkung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (vgl. IV-act. 307). Dr. N.\_\_\_\_ hat festgehalten, es seien keine sicheren Aussagen darüber möglich, inwieweit die Folgen der chronischen Schmerzstörung

mit somatischen und psychischen Faktoren eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten (IV-act. 302-100 f.). Daraus lässt sich lediglich schliessen, dass Dr. N.\_\_\_\_ nicht in der Lage gewesen ist, die Arbeitsfähigkeit aus der Sicht seines Fachgebietes zu schätzen, nicht aber dass die Arbeitsfähigkeit zu 100% erhalten gewesen wäre. Insgesamt vermag die Einschätzung von RAD-Arzt P.\_\_\_\_, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht beeinträchtigt sei, nicht zu überzeugen. Demnach lässt sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers weder anhand der psychiatrischen Teilgutachten noch anhand der Einschätzung des RAD mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestimmen. Auch die Berichte der (objektiv anscheinsbefangenen) behandelnden Ärzte lassen dies nicht zu. Der Sachverhalt ist demnach bezüglich einer möglichen psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ungenügend abgeklärt worden. Das bedeutet, dass die Beschwerdegegnerin ihre Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt hat. Die angefochtene Verfügung ist deshalb rechtswidrig und muss aufgehoben werden. Die Sache ist zur weiteren psychiatrischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird, wie von Dr. N.\_\_\_\_ vorgeschlagen, einen Arbeitsversuch durchführen. Dessen Ergebnis wird sie Dr. N.\_\_\_\_ vorlegen, damit dieser gestützt darauf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beurteilen wird. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht ist die Beschwerdegegnerin von der Beurteilung durch den Teilgutachter Dr. O.\_\_\_\_ abgewichen; sie hat stattdessen auf das orthopädische Teilgutachten der Medas Ostschweiz aus dem Jahr 2012 abgestellt (IV-act. 307, 314). Das ist nicht zulässig gewesen, da es deutliche Hinweise auf eine seit der Begutachtung von 2012 eingetretene Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gegeben hat (vgl. E. 3). Dr. O.\_\_\_\_ hat zahlreiche qualitative Einschränkungen genannt, welche bei einer adaptierten Tätigkeit zu berücksichtigen wären. In einer solchen ideal adaptierten Tätigkeit hat er die tägliche Arbeitspräsenz auf maximal sechs Stunden mit einer Leistungseinschränkung von rund 30% aufgrund der schmerzbedingt notwendigen zusätzlichen Pausen und des schmerzbedingt langsameren Arbeitstempos geschätzt. Er hat ausgeführt, insgesamt erachte er den Beschwerdeführer, übereinstimmend mit den Beurteilungen von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurochirurgie, und Dr. med. R.\_\_\_\_, KSSG, adaptiert als zu 50% arbeitsfähig (IV-act. 302-87 f.). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Dr. R.\_\_\_\_ am 11. April 2016 die Arbeitsfähigkeit zwar tatsächlich auf höchstens 50% geschätzt hat. Er hat jedoch festgehalten, seine Einschätzung beruhe weniger auf bildgebenden oder klinischen Befunden als auf der Tatsache, dass er sich nicht vorstellen könne, wie man den Beschwerdeführer nach einer 15-jährigen Arbeitsabstinenz wieder vernünftig in das Berufsleben integrieren könne (IV-act. 282-5 f., vgl. auch seine frühere Beurteilung in IV-act. 263-3 f.). Er hat also keine objektive Schätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit vorgenommen, denn er hat soziale Momente einfließen lassen. Dr. Q.\_\_\_\_ hatte am 4. April 2013 die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auf 50% geschätzt, dies jedoch nicht begründet (IV-act. 224). Der Verweis von Dr. O.\_\_\_\_ auf die Einschätzungen dieser beiden Ärzte reicht damit nicht aus, um eine Arbeitsunfähigkeit adaptiert von 50% zu belegen. Auch die weitere Begründung der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. O.\_\_\_\_ ist nicht nachvollziehbar. So ist nicht einzusehen, weshalb Dr. O.\_\_\_\_ die Präsenzzeit auf sechs Stunden täglich und die Leistungseinschränkung auf 30% festgelegt hat. Der nur ganz pauschal genannte schmerzbedingt erhöhte Pausen- und Zeitbedarf könnte ebenso gut eine höhere oder eine tiefere Arbeitsfähigkeit erklären. Zudem hat Dr. O.\_\_\_\_ in seinem Gutachten festgehalten,

im Wissen um die Unmöglichkeit der Einteilung des FBSS im Grenzgebiet zwischen Soma und Psyche werde ein rein rheumatologisch aufgezeigtes Leistungsprofil der Sachlage nicht gerecht. Falls die Beschwerdegegnerin genauere Angaben über das Belastungs- bzw. Leistungsprofil haben wolle, schlage er eine Evaluation bzw. Erprobung an einem konkreten Arbeitsplatz unter längerer Beobachtung vor (IV-act. 302-85). Die Beschwerdegegnerin wird damit nach der Durchführung der von Dr. N.\_\_\_\_ vorgeschlagenen beruflichen Abklärung bei Dr. O.\_\_\_\_ eine Begründung für die im Gutachten abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung oder allenfalls eine neue Arbeitsfähigkeitsschätzung einholen. Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 8. Februar 2018 in Gutheissung der Beschwerde vom 12. März 2018 aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird den Sachverhalt weiter abklären und anschliessend gestützt auf einen überwiegend wahrscheinlich erstellten Sachverhalt über das Rentenbegehren verfügen. Auf das Begehren um die Zusprache beruflicher Eingliederungsmassnahmen kann nicht eingetreten werden, da diese Leistungen vom Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens nicht abgedeckt sind. 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 Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Praxisgemäss wird in durchschnittlich aufwändigen invalidenversicherungsrechtlichen Streitigkeiten um eine Invalidenrente ein Honorar von Fr. 3'000.-- bis 4'000.-- zugesprochen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat mit der Kostennote vom 26. Juli 2018 ein Honorar von Fr. 3'957.50.-- für einen Arbeitsaufwand von 15.83 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Barauslagen und Mehrwertsteuer, insgesamt Fr. 4'432.70, geltend gemacht (act. G10.1). Der geltend gemachte Arbeitsaufwand erscheint als angemessen, sodass das Honorar in der beantragten Höhe zuzusprechen ist. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Auf das Begehren um die Zusprache beruflicher Eingliederungsmassnahmen wird nicht eingetreten. Die Verfügung vom 8. Februar 2018 wird aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'432.70 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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