

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/405 vom 15. Februar 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-02-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_405](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_405)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/405 du 15 février 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/405 del 15 febbraio 2021

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Gemäss beweistauglichem, überzeugendem polydisziplinärem Gutachten besteht kein Gesundheitsschaden, der eine mindestens 40%ige Erwerbsunfähigkeit bewirkt oder bewirkt hat. Eine erforderliche Invalidität bei Ablauf des Wartejahres im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b und c hat somit nie vorgelegen. Der Beschwerdeführer hat somit keinen Rentenanspruch und die Prüfung der versicherungsmässigen Voraussetzungen kann unterbleiben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Februar 2021, IV 2018/405). Das Bundesgericht ist auf die Beschwerde nicht eingetreten. 9C\_189/2021.

## **Volltext**

Entscheid vom 15. Februar 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), und Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2018/405 Parteien A.\_\_\_\_  
Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Walter Keller, Obergass Rechtsanwälte, Obergasse 34, Postfach 315, 8402 Winterthur, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter), meldete sich am 27. Dezember 2012 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der Versicherte hatte am 6. Mai 2012 einen Verkehrsunfall erlitten (Unfallmeldung UVG, FA, act. 2-2; vgl. auch FA act. 2-15 ff.), war vom 18. bis 26. Juni 2012 stationär in der psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ behandelt (Austrittsbericht vom 12. Juli 2012, IV-act. 135-12 ff.) und wegen Beschwerden seitens der Halswirbelsäule und des linken Ellbogens abgeklärt worden (MRT HWS vom 2. Juli 2012, FA, act. 2-45; Konsiliarbericht Dr. med. C.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 9. September 2012, IV-act. 2-46 ff.). Am 12. Dezember 2012 war er erneut stationär in die psychiatrische Klinik B.\_\_\_\_ eingetreten (Austrittsbericht vom 7. März 2014, IV-act. 54-1 ff.). Die IV-Stelle beschied dem Versicherten mit Mitteilung vom 6. Februar 2013, aufgrund des Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 10). In der Folge wurde der Versicherte im Auftrag des Unfallversicherers durch die MEDAS Ostschweiz polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 22. Oktober 2013, FA, act. 5-3 bis 47; Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädie; Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrie; Dr. med. F.\_\_\_\_ und med. pract. G.\_\_\_\_, Neurologie). Die Gutachter diagnostizierten als die Arbeitsfähigkeit einschränkend einen Status nach HWS Beschleunigungsverletzung bei PW-Unfall am 6. Mai 2012, ein cervicovertebrales Schmerzsyndrom bei endgradiger Bewegungseinschränkung der HWS und deutlichen degenerativen Veränderungen und Zeichen einer polysegmentalen Discopathie sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen

(FA, act. 5-35, 41) und kamen zum Schluss, in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten bestehe keine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Der Versicherte sei vollschichtig einsetzbar (FA, act. 5-39). Mit Vorbescheid vom 27. November 2013 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich beruflicher Massnahmen und Rentenanspruch (IV-act. 46). Hiergegen erhob der Versicherte am 15. Januar 2014 Einwand und machte geltend, auf das MEDAS-Gutachten vom 22. Oktober 2013 könne nicht abgestellt werden, da es auf einer unvollständigen Aktenlage beruhe (IV-act. 49). Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Kardiologie, berichtete am 3. März 2014, der Versicherte leide an einer valvulären Herzkrankheit (IV-act. 58). Im Arztbericht vom 18. Juli 2014 hielt er fest, ohne Aortenklappenersatz bestehe wahrscheinlich nur eine 50%ige Leistungsfähigkeit (IV-act. 58) und im Bericht vom 11. Februar 2015 führte er aus, der Befund sei seit Februar 2014 stabil (IV-act. 98). Ab dem 9. August 2014 war der Versicherte in wöchentlicher ambulanter psychiatrischer Behandlung bei med. pract. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der ihn bereits am 27. November und am 10. Dezember 2013 gesehen hatte und ab Behandlungsbeginn eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Bericht vom 30. Juli 2014, IV-act. 84; Arztbericht vom 19. Februar 2015, IV-act. 95; Verlaufsbericht vom 10. März 2016, IV-act. 119). Am 14. September 2015 begann der Versicherte ein bis zum 23. Dezember 2015 dauerndes Einsatzprogramm bei der J.\_\_\_\_, wobei seine Leistungsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen mit 20 % bewertet wurde (Bericht 25. November 2015, FA act. 6). Ein kardiologisches Konsil in der Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) ergab, dass der Versicherte aus kardiologischer Sicht für leichte körperliche Arbeiten zu 100 % einsatzfähig sei (Bericht vom 10. März 2016, IV-act. 108). Der Versicherte war ab 15. Juni 2016 in ambulanter psychiatrischer Therapie bei Dr. med. L.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Bericht vom 23. August 2016, IV-act. 125) und vom 4. bis 29. Juli 2016 in integrativer tagesklinischer Behandlung in der Klinik K.\_\_\_\_ Bericht vom 27. Juli 2016, IV-act. 130). Hierauf folgten vom 7. bis 31. Dezember 2016 und vom 10. Januar bis 24. Februar 2017 stationäre Aufenthalte im psychiatrischen Zentrum M.\_\_\_\_ (Bericht vom 18. Januar 2017, IV-act. 135-5 ff.; Austrittsbericht vom 20. März 2017, IV-act. 142-2 ff.). Vom 24. April bis 19. Mai 2017 unterzog sich der Versicherte erneut einer integrativen tagesklinischen Behandlung an der Klinik K.\_\_\_\_ (Bericht vom 22. Mai 2017, IV-act. 151-2 f.). Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte durch die N.\_\_\_\_ AG polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 16. April 2018, Dr. med. O.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Dipl.-Psych. P.\_\_\_\_, Neuropsychologie; Dr. med. Q.\_\_\_\_, Kardiologie; Dr. med. R.\_\_\_\_, Orthopädie; Dr. med. F.\_\_\_\_ und med. pract. S.\_\_\_\_, Neurologie; Dr. med. T.\_\_\_\_, Psychiatrie; Untersuchungen vom 18. Januar 2018, 27. März 2018; IV-act. 168-1 bis 69). Die Gutachter diagnostizierten als Erkrankungen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein Aneurysma der Aorta thoracalis ascendens, ein chronisches cervico-vertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer und discogener Art nach HWS-Distorsionstrauma am 6. Mai 2012, sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (unreif, instabil, impulsiv, ICD-10: F61.0). Ohne wesentliche Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben die unter anderem erhobene anamnestisch leichtgradige sensible Neuropathie des N. ulnaris links sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4; IV-act. 168-55). Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe seit Diagnosestellung des Aortenaneurysmas im Juli 2014 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. In jeder körperlich zumutbaren - im Wesentlichen wechselbelastenden, leichten - Tätigkeit sei der Versicherte

zu 80 % arbeitsfähig (IV-act. 168-56 f.). RAD-Arzt U.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 25. Mai 2018 Stellung. Er befand, die gutachterlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzungen könnten übernommen werden. Die 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung (18. Januar 2018). Retrospektiv könne auf die Einschätzung im Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom Oktober 2013 abgestellt werden (IV-act. 170). Die IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 16. August 2018 das Begehren um berufliche Massnahmen ab, da der Versicherte die Rentenprüfung wünsche (IV-act. 173) und gewährte ihm mit Vorbescheid vom 12. September 2018 das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 179). Hiergegen erhob der Versicherte am 18. September 2018 vorsorglich (IV-act. 180) und am 18. Oktober 2018 begründet und gestützt auf einen MRI-Befund der Wirbelsäule vom 12. September 2018 (IV-act. 183-6 f.) Einwand (IV-act. 183-1 ff.). Die IV-Stelle holte eine Stellungnahme von RAD-Arzt U.\_\_\_\_ ein (vom 9. November 2018, IV-act. 184) ein und wies das Leistungsbegehren gestützt auf das Gutachten vom 17. April 2018 und die RAD-Stellungnahme aufgrund eines Invaliditätsgrades von 20 % ab (IV-act. 185). Mit Beschwerde vom 13. Dezember 2018 beantragt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. W. Keller, die Verfügung vom 12. November 2018 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen aus IVG auszurichten. Weiter sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. Er macht im Wesentlichen geltend, die orthopädische Begutachtung stütze sich auf einen veralteten MRI-Befund und berücksichtige die inzwischen massive Zunahme der degenerativen Veränderungen nicht. Im psychiatrischen Teilgutachten werde nicht ausreichend begründet, dass keine bipolare Störung und keine posttraumatische Belastungsstörung vorliegen würden. Zur retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nehme das Gutachten nicht Stellung. Die Annahme einer durchgehenden 80%igen Arbeitsfähigkeit seit Berufseintritt (1979) in adaptierten Tätigkeiten widerspreche der Beurteilung der behandelnden Ärzte (act. g 1). Mit Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Der RAD habe die MRI-Berichte gewürdigt. Der Beschwerdeführer lege keine aus dieser Bildgebung resultierende medizinische Einschätzung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor, welche den fundierten Ausführungen des RAD widerspreche. Der Gutachter habe sich vertieft mit den Diagnosen der Behandler auseinandergesetzt. Der Beschwerdeführer verfüge über erhebliche Ressourcen. Auch weil eine Arbeitsunfähigkeit bereits bei Einreise vorhanden gewesen sei, bestehe kein Anspruch auf Leistungen der IV (act. G 7). Die Abteilungspräsidentin bewilligt am 12. Februar 2019 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung; act. G 8). Mit Replik vom 28. Mai 2019 macht der Beschwerdeführer geltend, auch der RAD habe die MRI-Befunde vom 12. September 2018 nicht einlässlich fachmedizinisch gewürdigt und wäre gehalten gewesen, diese dem orthopädischen Gutachter vorzulegen. Auf die RAD-Stellungnahme könne nicht abgestellt werden. Bezüglich der Diagnose der bipolaren Störung bestünden Widersprüche und offene Fragen, welche das Gutachten nicht ausräume. In der Tagesklinik K.\_\_\_\_ sei ihm ab Austritt am 19. Mai 2017 in adaptierter Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % bis 50 % attestiert worden. In Anbetracht dessen sei die gutachterliche Einschätzung einer durchgehenden 80%igen Arbeitsfähigkeit nicht haltbar (act. G 16). Die Beschwerdegegnerin verzichtet stillschweigend auf eine Duplik (act. G 18). Das Gericht zieht einen aktuellen Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers bei (act. G 19 ff.). Erwägungen Strittig und zu prüfen ist der Anspruch

des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20). Nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens ist der Anspruch auf berufliche Massnahmen. Diesen hat die Beschwerdegegnerin mit inzwischen rechtskräftiger Mitteilung vom 16. August 2018 abgewiesen, da der Beschwerdeführer die Rentenprüfung gewünscht habe (IV-act. 173). Für die Prüfung eines Rentenanspruches sind die nachfolgend aufgeführten Grundlagen massgeblich. Nach den allgemeinen versicherungsmässigen Voraussetzungen (Art. 4 ff. IVG) sind ausländische Staatsangehörige, vorbehaltlich Art. 9 Abs. 3 IVG, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG; SR 830.1) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben (Art. 6 Abs. 2 Satz 1 IVG). Die besonderen Voraussetzungen des Anspruchs auf eine ordentliche Rente setzen unter anderem voraus, dass die versicherte Person bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG). Falls die Mindestbeitragsdauer mit schweizerischen Versicherungszeiten nicht erfüllt ist, müssen bei Schweizern und Angehörigen von EU/EFTA-Staaten Beitragszeiten mitberücksichtigt werden, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt wurden. Ist die Mindestbeitragsdauer zwar unter Anrechnung von Versicherungszeiten in der EU/EFTA erfüllt, beträgt aber die Beitragszeit in der Schweiz weniger als ein Jahr, so besteht kein Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juli 2020, 8C\_237/2020, E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Gemäss Art. 4 Abs. 2 IVG gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (leistungsspezifischer Begriff der Invalidität, Urteil des Bundesgerichts vom 5. Juni 2012, 9C\_108/2012, E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen). Im Falle einer Rente gilt die Invalidität in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem der Anspruch nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) und Art. 4 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 28 ff. IVG entsteht, das heisst frühestens, wenn die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % bleibend oder für längere Zeit erwerbsunfähig (Art. 7 und 8 ATSG) ist (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juli 2020, 8C\_237/2020, E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). Ist eine Person ausländischer Staatsangehörigkeit bei erstmaliger Einreise in die Schweiz bereits zu mindestens 40 % invalid, ist der Versicherungsfall Rente eingetreten, bevor diese die Anspruchsvoraussetzungen der Leistung von Beiträgen während mindestens eines vollen Jahres nach Art. 6 Abs. 2 IVG erfüllen konnte (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juli 2020, 8C\_237/2020, E. 6.1). Die Prüfung, ob im vorliegenden Fall die allgemeinen versicherungsmässigen Voraussetzungen sowie die besonderen Voraussetzungen für eine ordentliche Rente erfüllt sind, kann jedoch, wie die nachfolgenden Erwägungen ergeben werden, offenbleiben. Deshalb braucht dem Beschwerdeführer auch der beigezogene Auszug aus seinem individuellen Konto nicht noch nachträglich eröffnet zu werden. Art. 8 Abs. 1 ATSG umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt

(Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Zunächst ist zu prüfen, ob die Akten eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes zulassen. Zu prüfen ist insbesondere die Beweistauglichkeit der beiden vorliegenden Gutachten, auf welche sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen abstützt. Der Beschwerdeführer macht mehrere Mängel geltend. Auf die einzelnen Vorbringen wird im Folgenden soweit erforderlich eingegangen. Der Beschwerdeführer schilderte an somatischen Beschwerden, kurz nach dem Unfall sei es zu ausgeprägten Nacken- und Kopfschmerzen gekommen. Diese hätten persistiert. Er könne

den Kopf nur noch eingeschränkt bewegen, da es sonst zu starken Schmerzen komme. Zudem seien Gefühlsstörungen vom Ellbogen links abwärts bis zur Hand aufgetreten. Die Schmerzen seien nach mehreren Infiltrationen im Jahr 2013 in den letzten Jahren gleich geblieben. Die Beweglichkeit des Kopfes sei eingeschränkt, der linke Arm "schlafe ein", das Gefühl und die grobe Kraft seien vermindert (IV-act. 168-37 f., 47). Im Rahmen der Vorbegutachtung durch die Medas Ostschweiz wurde am 29. August 2013 ein MRI der HWS angefertigt, welches unter anderem mögliche Kompressionen der Nervenwurzeln C4 und C6 links und C5 und C7 rechts, eine Altatlantodentalgelenksarthrose oder -arthritis sowie diskrete Uncovertebral- und Facettengelenksarthrosen zeigte (Fremdakten, act. 5-13). Dem Gutachten der N.\_\_\_\_ AG vom 16. April 2018 liegt dieser MRI-Befund zugrunde (IV-act. 168-41). Im Rahmen der Begutachtung wurden sodann konventionelle Röntgenbilder angefertigt auf welchen eine moderate Osteochondrose HWK 4 bis 7, eine leichte Osteochondrose HWK 3/4 mit leichter Retrolisthesis, eine leichte Uncovertebralarthrose HWK 3/4 und eine diskrete Retrospondylose HWK 5/6 zu erkennen waren (IV-act. 168-26). Klinisch stellte der orthopädische Gutachter - wie die orthopädische Vorgutachterin (vgl. Fremdakten, act. 5-12) - eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule fest mit gegenüber der Vorbegutachtung um rund 10° verminderter Rotation nach rechts und Neigung nach links (IV-act. 168-39). Sowohl im orthopädischen Status vom 21. August 2013 (Fremdakten, act. 5-12 f.) als auch in demjenigen vom 18. Januar 2018 (IV-act. 168-38 ff.) wurde ein Druck- und Klopfschmerz über den Dornfortsätzen und eine Druckdolenz der Trapeziusmuskulatur erhoben. Schulter, Ellbogen, Hand- und Fingergelenke waren bei der Erstbegutachtung frei beweglich (FA, act. 5-12). Bei der aktuellen Begutachtung gab der Beschwerdeführer bei der Palpitation beider Epicondylen, des Olecranon sowie des Sulcus nervi ulnari Schmerzen an (IV-act. 168-39). Der neurologische Vorgutachter hatte ausgeführt, für bildgebend (früherer MRI-Befund vom 2. Juli 2012, vgl. Fremdakten, act. 2-45) beschriebene Irritationen der Nervenwurzeln C5 und C6 links finde sich klinisch kein Korrelat. Elektrophysiologisch fänden sich aktuell auch keine Hinweise auf eine Radikulopathie C8 links (FA, act. 5-27). Die neurologischen Gutachter der N.\_\_\_\_ AG hielten im Wesentlichen fest, die Diagnose einer mutmasslich posttraumatischen, leichtgradigen, sensiblen Ulnarisneuropathie habe elektrophysiologisch nicht objektiviert werden können, was einen schwerwiegenden Nervenschaden ausschliesse. Zwischenzeitlich sei es hier zu einer Symptomausweitung ohne organisches Korrelat gekommen. Die angegebenen Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopfbereich könnten als Folge des beim Unfall erlittenen HWS-Distorsionstraumas betrachtet werden (IV-act. 168-48). Die orthopädische und neurologische Diagnostik entsprach im Wesentlichen derjenigen des Vorgutachtens (IV-act. 168-42, 49), und es wurde dem Beschwerdeführer aus orthopädischer und neurologischer Sicht für angepasste Tätigkeiten wiederum eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-act. 168-43, 49). Aus orthopädischer und neurologischer Sicht diagnostizierten die Gutachter ein chronisches cervico-vertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer und discogener Art nach HWS-Distorsionstrauma am 6. Mai 2012 (IV-act. 168-42) bzw. ein HWS-Distorsionstrauma bei Verkehrsunfall am 6. Mai 2012 ohne neurologische Symptomatik oder Pathologie (IV-act. 168-48 f.). Weiter erhoben der orthopädische Gutachter den Verdacht auf eine beginnende Coxarthrose links (IV-act. 168-42) und die neurologischen Gutachter anamnestisch eine leichtgradige sensible Neuropathie des N. ulnaris links ohne Nachweis eines elektroneurographischen Korrelats oder einer Funktionsstörung (IV-act. 168-68). Die Gutachter nehmen ausdrücklich auf das

Vorgutachten Bezug (Fremdakten, act. 5-35): Aus orthopädische Sicht sei eine leichtgradige Verschlechterung der objektiven Befunde festzustellen (IV-act. 168-42), während die neurologische Einschätzung im Wesentlichen unverändert zur neurologischen Begutachtung im Oktober 2013 sei (IV-act. 168-48). Dies erscheint plausibel, denn der Beschwerdeführer berichtete nicht über eine Zunahme der Beschwerden seit der Vorbegutachtung, und zwischen den Begutachtungen sind keine orthopädischen oder neurologischen Abklärungen oder Behandlungen aktenkundig, und aufgrund des Resultats der MRI-Untersuchung wurde keine Änderung der Therapie veranlasst. Wie bereits im Vorgutachten (Fremdakten, act. 5-29, 39), attestierten die N.\_\_\_\_-Gutachter aus orthopädischer und neurologischer Sicht in angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 168-43, 49). Nach Erstattung des der angefochtenen Verfügung zugrundeliegenden Gutachtens der N.\_\_\_\_ AG vom 16. April 2018 wurde am 12. September 2018 erneut eine MRI-Untersuchung der Wirbelsäule durchgeführt. Diese zeigte im Gegensatz zur Voruntersuchung vom 29. August 2013 nachweisbare und nicht bloss mögliche Kompressionen bzw. Irritationen der Nervenwurzeln C6 und C7 links, eine vom orthopädischen Gutachter nicht (mehr) als vorhanden betrachtete Ödemzone und eine aktivierte Osteochondrose HWK 6/7 (vgl. IV-act. 183-6 f.). Massgebend sind aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht die bildgebenden Befunde, sondern ob sie und gegebenenfalls welche klinischen und arbeitsfähigkeitsrelevanten Einschränkungen sie hervorrufen. Die neurologischen und der orthopädische Gutachter kamen im Gutachten vom 16. April 2018 zum Fazit, in Zusammenschau aller vorliegenden Befunde sei die Einschätzung im Wesentlichen unverändert zur Begutachtung vom Oktober 2013 (IV-act. 168-42, 49). Der orthopädische und die neurologischen Gutachter haben nachvollziehbar dargelegt, dass sich die Befunde seit der ersten Begutachtung nicht in relevantem Ausmass verschlechtert haben (vgl. E. 4.1.3). Die im MRI vom 12. September 2018 ersichtlichen Veränderungen haben sich somit bis zur N.\_\_\_\_-Begutachtung nicht auf die funktionelle Leistungsfähigkeit ausgewirkt. Eine Zunahme der Beschwerden im Zeitraum zwischen der zweiten Begutachtung und dem aktuellen MRI-Befund wird nicht geltend gemacht und geht aus den Akten nicht hervor. Der neue MRI-Befund wurde dem RAD vorgelegt und dieser führte aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht ergebe sich aus dem neuen MRI-Befund keine relevante Veränderung gegenüber den Voruntersuchungen (Stellungnahme vom 9. November 2018, IV-act. 184). Auch berichtete der Beschwerdeführer nicht über eine Zunahme der Schmerzen. Dies spricht ebenfalls gegen eine bedeutende klinische Verschlimmerung der Nacken-, Kopf-, Arm- und Handbeschwerden. Somit ist davon auszugehen, dass sich die Befunde zwar bildgebend verschlechtert haben, der klinische Befund und die arbeitsfähigkeitsrelevanten Einschränkungen für adaptierte Tätigkeiten jedoch in ihrer Schwere etwa konstant geblieben sind. Auf das orthopädische und das neurologische Teilgutachten kann somit abgestellt werden. Der kardiologische Gutachter attestierte eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten bzw. Arbeiten mit geringer körperlicher Belastung ohne plötzlichen und schnellen intrathorakalen Druckanstieg (IV-act. 168-53 f.). Er stimmt darin überein mit der Klinik für Kardiologie des KSSG, welche im Konsiliarbericht vom 13. Oktober 2015 ausführte, aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für leichte körperliche Arbeiten 100 % einsatzfähig. Auch aus den Berichten des behandelnden Kardiologen Dr. H.\_\_\_\_, insbesondere jenem vom 11. Februar 2015 (IV-act. 98), ergibt sich kein Anlass, das kardiologische Teilgutachten in Frage zu stellen. Zum psychiatrischen Teilgutachten bringt der Beschwerdeführer zusammengefasst vor, es seien echtzeitliche

Diagnosen der behandelnden Fachärzte nicht berücksichtigt; (vor allem) retrospektiv hätten zusätzliche psychische Beeinträchtigungen und eine relevant höhere Arbeitsunfähigkeit bestanden. Darauf ist im Folgenden einzugehen. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte dem Beschwerdeführer eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit unreifen, emotional instabilen und impulsiven Anteilen (ICD-10: F61.0; IV-act. 33 f.) und bestätigte aufgrund dieser eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, die seit Beginn der beruflichen Tätigkeit im Jahr 1979 bestehe (IV-act. 168-35). Weiter stellte er die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (IV-act. 168-35). Die von ihm attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit begründete er (jedoch) mit depressiven Stimmungseinbrüchen (IV-act. 168-34). Diesen scheinbaren Widerspruch löste RAD-Arzt U.\_\_\_\_ nachvollziehbar auf, indem er erklärte, der Gutachter sehe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen wiederkehrender depressiver Stimmungen als Folge der Persönlichkeitsstörung und nicht im Rahmen der gegenwärtig remittierten depressiven Störung (Stellungnahme vom 25. Mai 2018, IV-act. 170). Beim Beschwerdeführer wurden seitens behandelnder Fachärzte die Diagnosen einer bipolaren affektiven Störung (Austrittsbericht psychiatrische Klinik B.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2012, IV-act. 135-12 ff.; Arztbericht med. pract. I.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2015, IV-act. 95; Arztbericht Dr. L.\_\_\_\_ vom 23. August 2016, IV-act. 125; Berichte Klinik K.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2016, IV-act. 130, und vom 22. Mai 2017, IV-act. 151-2 f.) und einer posttraumatischen Belastungsstörung (Berichte med. pract. I.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2014, IV-act. 84, vom 10. März 2016, IV-act. 95, und vom 10. März 2016, IV-act. 119, Austrittsbericht psychiatrisches Zentrum M.\_\_\_\_ vom 20. März 2017, IV-act. 142-2 ff.) gestellt bzw. bestätigt. Der psychiatrische Gutachter führte zum Psychostatus aus, die Kriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode hätten sich nicht erheben lassen, der Test mittels semiquantitativen Fragebogens habe einen leicht auffälligen Befund ergeben. Die gezielte Befragung nach Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung mittels Fragebogens habe ergeben, dass keine Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung vorhanden seien. Wiederholungen, Vermeidungsverhalten, kognitive Phänomene oder typische Veränderungen der Persönlichkeit seien nicht beschrieben oder berichtet worden (IV-act. 168-29). Ebenso fand er keine Hinweise auf eine affektive bipolare Störung bzw. auf manische oder hypomanische Phasen (IV-act. 168-33). Auch RAD-Ärztin Dr. med. V.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte die Diagnose in Frage, da keine entsprechende Anamnese/Fremdanamnese vorliege und die medikamentöse Therapie diesbezüglich unzureichend erscheine (Stellungnahme vom 6. Februar 2017, IV-act. 133). Der psychiatrische Experte legte auch dar, dass die Diagnosekriterien in den Berichten der behandelnden Ärzte nicht ausreichend nachvollziehbar befundlich begründet worden seien (vgl. IV-act. 168-31 ff.). Retrospektiv führte er an, der Beschwerdeführer habe ohne Zweifel mehrere depressive Episoden unterschiedlichen Schweregrades durchgemacht. Diese hätten zeitweise, jedoch nicht dauerhaft, zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt (IV-act. 168-33). Für psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Der psychiatrische Gutachter

attestiert dem Beschwerdeführer aufgrund der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (E. 4.3.1). Obwohl dieser in den letzten Jahren ca. 10 % der Zeit in stationärer Behandlung oder der Tagesklinik verbracht und während der übrigen Zeit nach seinen Angaben ohne feste Tagesstruktur gelebt habe, gebe es keine klaren und anhaltenden psychiatrisch bedingten arbeitsfähigkeitsrelevanten Einschränkungen. In Zeiten ohne klare depressive Symptomatik sei die Einschränkung der Funktionsfähigkeit gering (IV-act. 168-33). Die Fähigkeiten gemäss Mini-ICF-APP beurteilte er als intakt bis ausserhalb von depressiven Episoden höchstens leicht eingeschränkt. Insgesamt sei die Funktionsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht leicht beeinträchtigt (IV-act. 168-34).

Demgegenüber attestierten med. pract. I. \_\_\_ und Dr. L. \_\_\_ dem Beschwerdeführer jeweils keine Arbeitsfähigkeit. Med. pract. I. \_\_\_ hielt hierzu fest, während manischen Phasen sei der Beschwerdeführer unkonzentriert und überschätze sich (Arztbericht vom 19. Februar 2015, IV-act. 95), aufgrund der wegen der schwergradigen Herabgestimmtheit mit der Ein- und Durchschlafstörungen leide der Beschwerdeführer unter deutlicher Tagesmüdigkeit. Es seien ihm fast alle Ressourcen im Alltag verloren gegangen (Verlaufsbericht vom 10. März 2016, IV-act. 119). Dr. L. \_\_\_ führte an, der Beschwerdeführer leide unter Ängsten, die ein hohes Stresserleben und eine reduzierte Belastbarkeit bewirkten. Aufgrund von rigiden Glaubenssätzen und Ängsten dürfte er kaum integrierbar sein (Arztbericht vom 23. August 2016, IV-act. 125). Dass die durch die behandelnden Ärzte attestierten Arbeitsunfähigkeiten wesentlich höher sind als die gutachterlich geschätzte Arbeitsunfähigkeit, ist massgeblich Folge davon, dass erstere nicht genügend objektivierte Diagnosen in ihre Beurteilung mit einbezogen haben. Zudem erkannte der psychiatrische Gutachter im Gespräch eine gewichtige Rolle invaliditätsfremder psychosozialer Faktoren, namentlich in der Aussage des Beschwerdeführers, dass ihm die IV-Anerkennung eine Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz ermöglichen könne (IV-act. 168-33). Motivationale Faktoren beziehungsweise Anhaltspunkte, die gegen einen sehr grossen gesundheitlichen Leidensdruck sprechen, finden auch in den Berichten über die stationären und teilstationären Klinikaufenthalte Ausdruck: Am 31. Dezember 2016 trat der Beschwerdeführer vorübergehend aus der stationären Therapie im psychiatrischen Zentrum M. \_\_\_ aus, um persönliche Angelegenheiten in Italien zu regeln. Bezüglich der medikamentösen Therapie war zudem die Compliance nicht optimal. Im Austrittsbefund wurde festgehalten, es seien keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, keine Befürchtungen, Ängste oder Zwänge eruierbar. Im Gespräch ergäben sich keine Anhaltspunkte für Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen (Austrittsbericht vom 18. Januar 2017, IV-act. 135-7). Während der zweiten Therapiephase empfand der Beschwerdeführer das stationäre Therapiesetting zunehmend als zu einschränkend und verliess die Klinik vier Tage früher als vorgesehen, da sein Sohn bereits früher anreisen wollte (Austrittsbericht vom 20. März 2017, IV-act. 142-4). Bei Austritt aus der tagesklinischen Behandlung in der Klinik K. \_\_\_ wurde festgehalten, die Beteiligung am Programm habe sich im Verlauf verbessert und gegen Ende wieder schwer abgenommen. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der reduzierten Compliance nicht einschätzbar. In einer adaptierten Tätigkeit würde eine Teilarbeitsfähigkeit von 30 % bis 50 % gutgeheissen (Bericht vom 22. Mai 2017, IV-act. 151-4). Der RAD hat dem Gutachten der N. \_\_\_ AG einwandfreie Qualität bescheinigt und ausführlich dargelegt, weshalb den dort getroffenen Schlussfolgerungen zuzustimmen ist (RAD-Stellungnahme vom 25. Mai 2018, IV-act. 170). Der psychiatrische Gutachter habe sich ausführlich mit den Berichten und Diagnosen der behandelnden Psychiater auseinandergesetzt (Seiten 31 und 32) und plausibel

begründet, weshalb er deren diagnostische Einschätzung nicht teile. Er habe überzeugend dargelegt, warum weder die Kriterien für eine bipolare affektive Störung noch für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllt seien. Er habe zudem plausibel begründet, dass aktuell keine depressive Episode vorliege. Übereinstimmend mit dem Vorgutachter bestätige er die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, messe dieser im Gegensatz zu jenem nachvollziehbar eine geringere Einschränkung der Funktionsfähigkeit und eine um lediglich 20 % verminderte Arbeitsfähigkeit zu. Aus dem Kontext des Gutachtens gehe hervor, dass der Gutachter die Einschränkung mit wiederkehrenden depressiven Stimmungen als Folge der Persönlichkeitsstörung begründe und nicht im Rahmen der gegenwärtig remittierten rezidivierenden depressiven Störung sehe. Weiter führe der Gutachter aus, dass die wiederkehrenden depressiven Einbrüche lediglich zeitweise, nicht aber dauerhaft zur Arbeitsunfähigkeit führten. In Zeiten ohne klare depressive Symptomatik sei die Einschränkung der Funktionsfähigkeit gering. Obwohl der Beschwerdeführer nur wenige Jahre regulär in einer Festanstellung gearbeitet habe, sei dies trotz der Persönlichkeitsstörung möglich gewesen. Da sich die Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen im frühen Erwachsenenalter manifestierten, seien diese Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit schon bei Einreise in der Schweiz vorhanden gewesen und nicht Folge des Unfallereignisses 2012. Vom psychiatrischen Gutachter werde auch erwähnt, dass psychosoziale Faktoren wie namentlich der Umstand, dass nur eine IV-Anerkennung ihm eine Aufenthaltsbewilligung in der Schweiz ermöglichen würde, eine Rolle spielen würden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei nachvollziehbar, dass diese motivationale Problematik mit dazu beigetragen habe, die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit zu verunmöglichen. In diesem Zusammenhang werde auch auf die neuropsychologische Begutachtung mit stark auffälliger Symptomvalidierung verwiesen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könnten die 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus kardiologischer Sicht für körperlich schwere Tätigkeiten im Rahmen des Aortenaneurysmas sowie die diesbezüglichen Adaptionskriterien geteilt werden. Ein erhöhter intrathorakaler Druck würde die lebensbedrohliche Gefahr einer Ruptur des Aneurysmas beinhalten. Aus orthopädischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um 20 % eingeschränkt aufgrund der eingeschränkten Kopfbeweglichkeit. Zusammenfassend sei die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation bei allen Teilgutachten einleuchtend, die Schlussfolgerungen der Experten seien begründet. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im polydisziplinären Konsens sei plausibel und nachvollziehbar. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne daher auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden. Die 50%ige Arbeitsfähigkeit angestammt seit Juli 2014 und eine 80%ige Arbeitsfähigkeit seit dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung (18. Januar 2018) könnten übernommen werden (IV-act. 170). Auch aus der ausführlichen RAD-Stellungnahme vom 25. Mai 2018 ergibt sich somit schlüssig, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers die gutachterliche Beurteilung nicht zu entkräften vermögen. Auf die Ergebnisse der Gutachten bzw. die dortigen Arbeitsfähigkeitsschätzungen ist abzustellen. Mit dem RAD ist davon auszugehen, dass seit Juli 2014 von einer 50%-igen Einschränkung in der angestammten Tätigkeit als Allrounder in einer Pizzeria und seit dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung von Januar 2018 von einer Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von 80 % auszugehen ist. Retrospektiv kann von der Einschätzung der Medas Ostschweiz von Oktober 2013 abgestellt werden, mithin von einer erhaltenen bzw. lediglich um 20 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten für den gesamten Zeitraum ausgegangen werden. Zu prüfen ist nun,

ob und wann der Versicherungsfall hinsichtlich einer allfälligen IV-Rente eingetreten ist. Solange die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit lediglich 20 % betrug, konnte das Wartejahr nicht beginnen. Ab der Diagnose des Herzleidens bzw. den entsprechenden zu berücksichtigenden gesundheitlichen Einschränkungen (folglich ab Juli 2014) ist für angestammte Tätigkeiten von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen. Demnach betrug die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Verlauf des Juni 2015 während eines Jahres 40 % und war das Wartejahr erfüllt. Da der Beschwerdeführer gemäss vorstehend festgestelltem medizinischen Sachverhalt weder bleibend und ebenso zu keiner Zeit längerdauernd im Umfang von mindestens 40 % erwerbsunfähig (d.h. auch in adaptierten Tätigkeiten in einem Ausmass von ungefähr 40 % arbeitsunfähig) war, ist im Hinblick auf eine IV-Rente im Verlauf des Juni 2015 sowie auch zu keinem anderen Zeitpunkt eine Invalidität eingetreten. Mit anderen Worten hat die Art und Schwere der Einschränkungen nie einen Eintritt der Invalidität in einem eine Rente begründenden Ausmass bewirkt. Somit kann bis und mit Verfügungszeitpunkt kein Eintritt der Invalidität hinsichtlich eines Rentenanspruches anerkannt werden und dessen Abweisung erfolgte zu Recht. Gleichzeitig konnte die Prüfung des Vorhandenseins der versicherungsmässigen Voraussetzungen gemäss Art. 4 ff. IVG im Hinblick auf eine Rente gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG unterbleiben. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. 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 (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).