

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/24 vom 9. November 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-11-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2019\\_24](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_24)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/24 du 9 novembre 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/24 del 9 novembre 2020

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 36 IVG Festlegung des Beginns der Invalidität; Prüfung der versicherungsmässigen Voraussetzungen bei ausländischem Staatsangehörigen. Gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten besteht rückwirkend ein befristeter Anspruch auf eine halbe Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. November 2020, IV 2019/24).

## **Volltext**

Entscheid vom 9. November 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/24 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Thomas Zogg, [rechtsanwaelte.og42](mailto:rechtsanwaelte.og42), Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (vormals B.\_\_\_\_) (nachfolgend: Versicherter), meldete sich am 17. Januar 2008 wegen Hüft-, Knie- und Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Dem Versicherten waren aufgrund einer fortgeschrittenen Femurkopfnekrose links und einer beginnenden Femurkopfnekrose rechts am 9. März 2005 beidseitig Hüft-Totalprothesen implantiert worden. Sodann war ein Status nach Fixateur interne L1-L4 bei LWK3-Kompressionsfraktur im August 1999 festgehalten worden (Operationsberichte Klinik für Orthopädische Chirurgie KSSG, IV-act. 17-27 f.; Austrittsbericht Klinik für Orthopädische Chirurgie KSSG vom 29. März 2005, IV-act. 17-25). Vom 30. Juni bis 18. Juli 2006 war er in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ gewesen, wo ihm nach Austritt gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 25 % attestiert worden war (IV-act. 28). Die IV-Stelle stellte am 29. August 2008 fest, dass zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Mitteilung, IV-act. 41). Es folgte eine stationäre Behandlung im Psychiatriezentrum D.\_\_\_\_, Krisenintervention, vom 17. bis 27. November 2008 (Arztbericht Psychiatriezentrum D.\_\_\_\_ vom 27. April 2009, IV-act. 50-2 f.). Eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz (Gutachten vom 4. Februar 2009, IV-act. 46-1 bis 20; Dr. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin, Dr. med. F.\_\_\_\_, Orthopädie; med. pract. G.\_\_\_\_, Psychiatrie) kam aus orthopädischer Sicht zum Schluss, aufgrund notwendiger vermehrter Pausen sei der Einsatz in angepassten Tätigkeiten zeitlich um 30 % reduziert. Der psychiatrische Gutachter hielt zusammenfassend fest, für ein abschliessendes Urteil sei eine längere Beobachtungszeit notwendig (IV-act. 46-14). Die nachfolgende ambulante Psychotherapie erfolgte bis zum 24. Juni 2009 am Psychiatriezentrum D.\_\_\_\_ (Arztbericht vom 27. April 2009, IV-act. 50; Verlaufsbericht vom 14. September 2009, IV-act. 53) und

ab 22. September 2009 bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Arztbericht vom 2. Dezember 2009). RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Versicherten am 11. November 2009 und am 7. Januar 2010. Er attestierte aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % in allen Tätigkeitsbereichen und unter Mitberücksichtigung der orthopädischen Einschränkungen eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 50 % (Bericht vom 20. April 2010, IV-act. 59). Gestützt auf Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 4. Mai 2010 (IV-act. 60) und vom 22. August 2011 (IV-act. 80) und nach Vorbescheidverfahren (IV-act. 65, 68) verfügte die IV-Stelle am 3. November 2011 die Abweisung des Rentenbegehrens, da mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz im Jahr 2002 bereits seit über einem Jahr eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestanden habe (IV-act. 84). Das hiesige Versicherungsgericht hob diese Verfügung mit Entscheid vom 23. September 2013 auf und wies die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung und neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurück (Verfahren IV 2011/393, IV-act. 106). Diesen Entscheid hob das Bundesgericht auf Beschwerde der IV-Stelle mit Urteil vom 30. Januar 2014 (Verfahren 8C\_775/2013, IV-act. 111) auf und wies die Sache zu neuem Entscheid an das Versicherungsgericht zurück, weil gestützt auf den angefochtenen Entscheid nicht über das Vorliegen eines nicht wieder gutzumachenden Nachteils für die IV-Stelle befunden werden könne (E. 3.5). Mit Entscheid vom 8. April 2014 stellte das Versicherungsgericht fest, dass beim Versicherten im September 2002 noch kein Versicherungsfall eingetreten sei und wies in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Angelegenheit erneut an die IV-Stelle zurück, damit diese abkläre, ob und wann beim Versicherten nach seiner Einreise in die Schweiz eine relevante Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei, gestützt auf welche die versicherungsmässigen Voraussetzungen bzw. der Anspruch auf eine IV-Rente zu prüfen wäre (Verfahren IV 2014/92, IV-act. 113). Eine hiergegen erhobene Beschwerde der IV-Stelle wies das Bundesgericht mit Urteil vom 19. Dezember 2014 ab (8C\_315/2014, IV-act. 123). Der Versicherte wurde wegen intermittierend sehr starker tief lumbaler Rückenschmerzen abgeklärt und an den Facettengelenken L4/5 und L5/S1 infiltrierte (Berichte Klinik für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 4. März 2015, IV-act. 143-54 f., vom 9. Dezember 2015, IV-act. 143-61 f., und Operationsbericht vom 14. Dezember 2015, IV-act. 143-63). Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, führte im Arztbericht vom 10. Januar 2016 aus, beim Versicherten seien die Belastbarkeit des Rückens und der Hüfte und die psychische Leistungsfähigkeit/Belastbarkeit eingeschränkt. Für schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Aktuell arbeite der Versicherte während 2 x 1,5 Stunden pro Tag im Hilfsdienst in einem Behindertenheim (IV-act. 143-1 ff.). Auf Vorschlag von RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ (Stellungnahme vom 8. April 2016, IV-act. 151), wurde der Versicherte erneut polydisziplinär begutachtet (Gutachten medexperts AG vom 10. September 2016, Dr. med. L.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. M.\_\_\_\_, Orthopädie; Dr. med. N.\_\_\_\_, Psychiatrie; Untersuchungen 12.-14. Juli 2016; IV-act. 160-1 bis 62). Die Gutachter diagnostizierten folgende Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - ein cervico-lumbales Schmerzsyndrom bei Status nach LWK3-Kompressionsfraktur 1999, Fixateur interne L1-4, radiologisch mässige degenerative Veränderungen, - belastungsabhängige Schmerzen der rechten Hüfte bei Status nach Implantation von

Hüfttotalprothesen beidseits bei idiopathischer Femurkopfnekrose beidseits im März 2005, radiologisch beidseits unauffällig, - einen Status nach zweimaliger Exostosenabtragung rechtes Hüftgelenk im März 2006 und März 2007 Ohne wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden unter anderem - eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und passiv-aggressiven Anteilen sowie - anamnestisch Schmerzen am linken Ellbogen- und Kniegelenk, klinisch und radiologisch unauffällig. Die Gutachter kamen zum Schluss, in im Wesentlichen körperlich belastenden (schweren oder mittelschweren) Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In adaptierten Tätigkeiten bestehe aus polydisziplinärer (richtig wohl: psychiatrischer) Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich seit 2012. Orthopädischerseits sei ab dem MEDAS-Gutachten vom 4. Februar 2009 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Polydisziplinär bestehe in körperlich leichten, möglichst im Sitzen zu verrichtenden Tätigkeiten mit möglichen selbstgewählten Positionswechseln, seltenen Überkopfarbeiten und möglichst freier Einteilbarkeit der Arbeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (IV-act. 160-59 f.). A.j. Der RAD nahm am 30. August 2016 Stellung zum Gutachten (IV-act. 163), und die IV-Stelle tätigte am 26. Juli 2017 eine Rückfrage an die psychiatrische Gutachterin (IV-act. 166), wozu diese am 15. August 2017 Stellung nahm (IV-act. 167). A.k. Mit Vorbescheid vom 15. September 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Zusprache einer halben Rente mit Wirkung vom 1. November 2008 bis 31. März 2012 (IV-act. 172). Hiergegen erhob der Versicherte am 22. Januar 2018 bzw. am 6. Februar 2018 unter Bezugnahme auf Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 14. (IV-act. 181-4 ff.) und 15. November 2017 (IV-act. 176-17 f.) sowie von Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 29. Januar 2018 (IV-act. 181-7 f.) Einwand (IV-act. 176-1 ff., IV-act. 181-1 ff.). Die IV-Stelle holte weiter einen Bericht des P.\_\_\_\_ vom 15. März 2018 (IV-act. 186) ein und gewährte dem Versicherten hierzu und zu Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ vom 1. März 2018 (IV-act. 182), vom 17. April 2018 (IV-act. 187) und vom 29. Mai 2018 (IV-act. 191) am 30. Mai 2018 die zweite Anhörung (IV-act. 192). Der Versicherte erhob unter Beilage eines Berichts von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, vom 10. September 2018 am 28. September 2018 erneut Einwand (IV-act. 207). Gestützt auf eine abschliessende Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2018 (IV-act. 208) erliess die IV-Stelle am 12. Dezember 2018 entsprechend dem Vorbescheid Verfügungen betreffend den Rentenanspruch des Versicherten und seiner Kinder. Von November 2008 bis Dezember 2011 habe eine adaptierte Arbeitsfähigkeit von 50 % vorgelegen. Ab Januar 2012 bestehe für adaptierte Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aufgrund des IV-Grades von 50 % bestehe für die Periode vom 1. November 2008 bis 31. März 2012 Anspruch auf eine halbe Rente. Gemäss abschliessender RAD-Stellungnahme vom 29. Oktober 2018 sei weiterhin von der bisherigen medizinischen Beurteilung auszugehen. Ein Teilzeitabzug sei nicht geschuldet, da die adaptierte Tätigkeit ganztags umgesetzt werden könne. Auch ein Leidensabzug sei nicht vorzunehmen, da die Einschränkungen hinreichend bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt würden. Für den Versicherten geeignet seien etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten, leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung sowie Kurier- und leichtere Lieferdienste (IV-act. 209, 212 ff.). B. B.a. Mit Beschwerde vom 25. Januar 2019 beantragt A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer), die Verfügungen vom 12. Dezember 2018 seien aufzuheben. Es sei ihm rückwirkend ab 1. November 2008 bis 31. März 2012 eine ganze

und ab 1. April 2012 mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Die Sache sei zur entsprechenden Neuberechnung an die SVA des Kantons St. Gallen zurückzuweisen. Weiter sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu gewähren. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihren Verfügungen vom 12. Dezember 2018 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der medexperts AG vom 10. September 2016 und auf die RAD-Stellungnahme vom 29. Oktober 2018, welche sich ebenfalls auf das genannte Gutachten stütze. Dies sei in mehrerer Hinsicht mangelhaft. Mit Verweis auf Berichte der behandelnden Ärzte macht er im Wesentlichen geltend, eine vertiefte rechtsgenügende Auseinandersetzung mit den orthopädischen Beschwerden und Einschränkungen fehle, zumal ihn gerade diese aktuell in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich einschränkten. Das psychiatrische Gutachten weiche von den früheren Einschätzungen des Psychiatrischen Zentrums D. \_\_\_ (Berichte vom 27. April 2009 und vom 14. September 2009) und von Dr. H. \_\_\_ (Bericht vom 2. Dezember 2009) ab, was nicht nachvollziehbar sei. Aus psychiatrischer Sicht sei vom 1. November 2008 bis mindestens 30. März 2012 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Orthopädischerseits liege unter gesamthafter Betrachtung aller Beschwerden mindestens eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs hätte ein potentieller Arbeitgeber organisatorische Vorkehren zu treffen und zudem aufgrund der Beschwerden mit vermehrten Absenzen zu rechnen. Insgesamt rechtfertige sich ein Abzug vom Tabellenlohn von mindestens 15 % (act. G 1). B.b. Nachdem die Beschwerdegegnerin die zwei Verfügungen vom 12. Dezember 2018 betreffend Kinderrenten ersetzt hat (vgl. IV-act. 213, 215 und act. G. 4.1 und 2, Änderung Zahlungsempfänger), ficht der Beschwerdeführer die neu erlassenen Verfügungen vom 4. Februar 2019 am 7. März 2019 an (act. G 4). B.c. Mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Die erwähnten Berichte der behandelnden Ärzte enthielten keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Der Beschwerdeführer könne nur noch leichte Hilfsarbeiten ausführen; demnach sei ein so genannter Leidensabzug von 10 % vorzunehmen. Das Spektrum des Beschwerdeführers an möglichen Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt sei nicht wesentlich eingeschränkt. Aus dem Einkommensvergleich ergäben sich Invaliditätsgrade von 10 % bei voller Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit bzw. 55 % bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % (act. G 6). B.d. Mit Replik vom 29. August 2019 macht der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin habe die Diagnosen und Aussagen der Gutachter insbesondere hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils nicht vollständig aufgeführt. Die orthopädische Begutachtung sei nicht ausführlich, schlüssig und kompetent. Die (psychiatrische) Gutachterin habe selbst explizit angegeben, dass es schwierig sei, die Arbeitsunfähigkeit rückwirkend zu beurteilen. In Anbetracht auch der bei psychischen Erkrankungen grösseren Schwankung der Ausprägung sei auf die echtzeitlichen Berichte der behandelnden Ärzte abzustellen. Gesamtheitlich betrachtet bestehe in angestammter Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in leidensangepasster Tätigkeit vom 1. November 2008 bis 31. März 2012 von ebenfalls 100 % sowie ab 1. April 2012 von mindestens 50 %. Das Vorliegen einer psychosozialen und soziokulturellen Problematik werde bestritten. Die von der Beschwerdegegnerin angenommenen Einsatzmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt seien realitätsfremd. Er sei höchstens noch an einem geschützten oder Nischenarbeitsplatz einsetzbar. Er sei seit vielen Jahren erwerbslos und bereits \_\_\_ Jahre alt. Diese Faktoren müssten bei der Ermittlung des Invalideneinkommens

berücksichtigt werden (act. G 15). B.e. Am 31. Oktober 2019 bewilligt die vorsitzende Richterin dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten, unentgeltliche Rechtsverteidigung) und hält fest, die Beschwerdegegnerin habe auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 17).

Erwägungen Die Beschwerde gegen die zwei ursprünglichen Verfügungen betreffend die Kinderrenten vom 12. Dezember 2018 wurde gegenstandslos mit deren Ersetzung durch die zwei neuen Verfügungen vom 4. Februar 2019, welche der Beschwerdeführer ebenfalls angefochten hat (IV-act. 64). Nachfolgend ist über die Rechtmässigkeit der zwei den Beschwerdeführer betreffenden Verfügungen vom 12. Dezember 2018 sowie die zwei die Kinderrenten betreffenden Verfügungen vom 4. Februar 2019 zu befinden. Zu beurteilen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 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). Gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben, Anspruch auf eine ordentliche Rente. Vorliegend anwendbar sind das Abkommen zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1) sowie der Bundesbeschluss über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und Staatenlosen in der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (FlüB; SR 831.131.11). Beide Abkommen gewährleisten bezüglich des Anspruchs auf eine Invalidenrente grundsätzlich eine Gleichstellung mit Schweizer Bürgern (vgl. Art. 10 Abkommen und Art. 1 FlüB; Entscheid des Versicherungsgerichts vom 8. April 2014, IV 2014/92, E. 3ö.1; IV-act. 113-4). 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). Mit rechtskräftig gewordenem Entscheid vom 8. April 2014 (IV 2014/292; IV-act. 113) hat das Versicherungsgericht festgestellt, dass beim Beschwerdeführer im September 2002 (Zeitpunkt der Einreise in der Schweiz) noch kein Invaliditätsfall eingetreten sei. Noch nicht geklärt ist, ab welchem Zeitpunkt nach der Einreise in die Schweiz die Invalidität bzw. der Versicherungsfall gegebenenfalls eingetreten ist und ob der Beschwerdeführer die vorausgesetzten Beitragsjahre erfüllt. Das Gutachten der medexperts AG vom 10. September 2016 hielt hierzu fest, dass in der angestammten (sc. körperlich belastenden, mittelschweren und schweren) Tätigkeit wahrscheinlich seit der Übersiedlung in die Schweiz im Jahr 2002 aus orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 160-60). Die psychiatrische Gutachterin attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % während der ambulanten Behandlungen im Psychiatriezentrum D.\_\_\_\_ von November 2008 bis Juni 2009 und bei Dr. H.\_\_\_\_ ab September 2009 bis zur Besserung des psychischen Zustands ab ca. 2012 (IV-act. 160-47, IV-act. 167). Die IV-Stelle leitete daraus ab, dass das Wartejahr somit bereits vor dem Inkrafttreten der 5. IVG-Revision am 1. Januar 2008 abgelaufen sei und datierte den Eintritt der Invalidität in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 lit. a aIVG auf den 1. November 2008 (Feststellungsblatt, IV-act. 171; Verfügung vom 12. Dezember 2008, IV-act. 209), also auf die aktenmässig nachweisbare Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, die mit dem Eintritt in das Psychiatriezentrum D.\_\_\_\_ zur stationären Behandlung begonnen hat. Dem ist zu folgen, zumal für die Zeit davor keine echtzeitlichen medizinischen Berichte existieren, die in angepassten Tätigkeiten eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit von über 40 % attestieren oder aus denen eine solche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abzuleiten wäre. So hatte sich der Gesundheitszustand in psychischer Hinsicht nach der stationären Behandlung in der Klinik C.\_\_\_\_ vom 30. Juni bis 18. Juli 2006 gebessert (vgl. Arztbericht Psychiatriezentrum D.\_\_\_\_ vom 27. April 2009, IV-act. 50-3) und in orthopädischer Hinsicht war in Bezug auf die Hüftgelenke nach der zweiten Revisionsoperation rechts am 1. März 2007 ebenfalls eine deutliche Besserung eingetreten (vgl. Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie KSSG vom 2. Mai 2007, IV-act. 17-1 f.). Von weiteren Abklärungen sind diesbezüglich über zehn Jahre später keine

aussagekräftigen Ergebnisse mehr zu erwarten (sog. antizipierte Beweiswürdigung, BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148), so dass ein früherer Eintritt der Invalidität beweislos bleibt. Zu prüfen ist weiter, ob der Beschwerdeführer bis zum Eintritt der Invalidität am 1. November 2008 die erforderliche Beitragsdauer von drei Jahren (Art. 36 Abs. 1 IVG, gültig sei 1. Januar 2008) erbracht hat. Dies ist unter anderem auch durch Anrechnung von Erziehungsgutschriften möglich (BGE 125 V 253; vgl. auch U. Meyer/M. Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 36 N 3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen (SVA) hat dem Beschwerdeführer Beiträge für 6 Jahre und 3 Monate angerechnet (Verfügung vom 12. Dezember 2018, IV-act. 212). Dies entspricht der Dauer, während der sich der am 13. September 2002 zusammen mit seinen 19\_\_ und 19\_\_ geborenen Kindern in die Schweiz eingereiste Beschwerdeführer sich im Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität (1. November 2008) in der Schweiz aufgehalten hat. Somit ist festzuhalten, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen beim Beschwerdeführer erfüllt sind und ein Rentenanspruch grundsätzlich entstehen konnte. Nachfolgend zu prüfen sind die Höhe des Invaliditätsgrades sowie dessen Entwicklung bzw. die Höhe sowie Stufung der Rente. Während die Beschwerdegegnerin eine halbe Rente vom 1. November 2008 bis 31. März 2012 zusprach, beantragt der Beschwerdeführer für diesen Zeitraum eine ganze Rente sowie ab 1. April 2012 laufend mindestens eine halbe Rente. Bezüglich des medexperts-Gutachtens vom 10. September 2016 macht der Beschwerdeführer hauptsächlich geltend, es fehle eine ausreichende orthopädische Begutachtung. Der Beschwerdeführer schilderte, im Vordergrund stünden Schmerzen der Lendenwirbelsäule und der rechten Hüfte. Erstere bestünden seit seinem Wirbelkörperbruch und dessen operativer Versorgung 1999 und 2000 und seien ständig vorhanden. Er könne nicht lange stehen oder sitzen, maximal einen bis zwei Kilometer gehen. Nach zwei Stunden stehen oder sitzen habe er stärkste Beschwerden. Körperlich schwere Tätigkeiten wie Haushaltstätigkeiten könne er nicht verrichten (IV-act. 160-36 f.). Die orthopädische Gutachterin liess Röntgenbilder anfertigen. Diese zeigten im Wesentlichen an der HWS eine Osteochondrose HWK 4-7 und eine deutliche ventrale und dorsale Spondylose und Unkarthrose, an der LWS eine fortgeschrittene Degeneration/Osteochondrose des Bandscheibenfachs LWK 2/3 und geringer auch LWK 3/4, geringfügige knöcherne Ausziehungen und ein angedeuteter Randosteophyt am rechten Kniegelenk sowie degenerative Veränderungen der Symphyse in beiden Hüftgelenken (IV-act. 160-39 f.; IV-act. 161). Die anlässlich der Begutachtung am 12. Juli 2016 durchgeführten klinischen orthopädischen Untersuchungen sind aufgeführt (IV-act. 160-38 f.) und entsprechen einer üblichen Darstellung des orthopädischen Status. Im Befund beschrieb die Gutachterin unter anderem ein sicheres und flottes Entkleiden, ein hinkfreies Gangbild und eine vornübergebeugte Haltung. Die HWS sei endgradig in der Beweglichkeit eingeschränkt. Die LWS sei ausgeprägt druck- und klopfschmerzhaft sowie schmerzhaft in der Beweglichkeit eingeschränkt. An den Hüftgelenken bestehe beidseitig ein Leistendruckschmerz. Auf eine über 90° hinausgehende Beugung werde wegen befürchteter Schmerzen verzichtet. Das Sitzen mit 90° Hüftbeugung sei ohne Probleme möglich (IV-act. 160-58). Sie diagnostizierte einerseits ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei radiologisch mässigen degenerativen Veränderungen und andererseits belastungsabhängige Schmerzen der rechten Hüfte bei Status nach Implantation von Hüftgelenkprothesen im März 2005 sowie nach zweimaliger Exostosenabtragung am rechten Hüftgelenk im März 2006 und im März 2007. Sie kam zum Schluss, es bestehe eine Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule und der Hüftgelenke. Mittelschwere oder schwere

Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Länger dauernde im Stehen oder Sitzen sowie vornübergebeugt zu verrichtende und mit Erschütterungen oder Vibrationen verbundene Tätigkeiten sollten nicht durchgeführt werden. Für adaptierte Tätigkeiten bestehe ein vermehrter Pausenbedarf, der eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % ausmachen dürfte. Gegenüber dem MEDAS-Gutachten vom 4. Februar 2009 habe sich keine wesentliche Änderung ergeben (IV-act. 160-58). Der orthopädische Vorgutachter hielt im Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 4. Februar 2009 diagnostisch das Vorhandensein eines Fixateur interne L1-4 mit Sensibilitätsstörung rechts lumbal, Hüfttotalprothesen beidseits und eine Osteochondrose C5/6 fest (IV-act. 46-24). Er berücksichtigte einen vorhandenen Bruch einer Schraube beim Lendenfixateur (IV-act. 46-24; vgl. hierzu Bericht Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 12. November 2002, IV-act. 17-42 f.). Er befand, anamnestisch und klinisch liege ein gutes Resultat an beiden Hüftgelenken vor. Der Zustand der Wirbelsäule führe zu einer verminderten Belastbarkeit, da die ossäre Konsolidierung nicht sicher nachgewiesen werden könne. In adaptierten Tätigkeiten sei der Einsatz aufgrund des Bedarfs vermehrter Pausen um 30 % reduziert (IV-act. 46-25). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie KSSG führte in ihrem Bericht vom 15. März 2010 aus, seitens der rechten Hüfte bestünden Restbeschwerden aufgrund von Vernarbungen nach Abtragung eines Osteophyten. Die tief lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung ins Gesäss und in den Oberschenkel schienen nicht coxogener Natur zu sein. Es zeige sich eine hypertrophe Callusbildung distal des Versorgungsgebietes nach Spondylodese (IV-act. 143-52 f.). Daraus lässt sich kein Hinweis für eine Verschlimmerung der Rückenschmerzen oder eine dauerhafte Verschlechterung des Zustands der Hüfte herleiten. Auch aus dem Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 26. November 2014, in welchem plötzliche intermittierende, messerstichartige Schmerzattacken beschrieben werden und die Schmerzen als nozizeptiv charakterisiert werden (IV-act. 143-59 f.), ergeben sich keine solchen. Der Röntgenbefund vom 8. Dezember 2015 zeigte eine Anschlussdegeneration im Sinne einer Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 (IV-act. 143-61 f.). Infiltrationen in diesem Bereich blieben erfolglos (Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 15. November 2017, IV-act. 176-17 f.). Die orthopädische Gutachterin der medexperts AG hatte Kenntnis von diesem Befund und der nachfolgenden Facettengelenksinfiltration am 14. Dezember 2015 (IV-act. 60-31 f.), und RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_ nahm am 1. März 2018 dazu Stellung, die aufgrund der Beschwerden in der Wirbelsäule attestierte Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % sei mit der gutachterlich geschätzten Arbeitsfähigkeit von 70 % vereinbar (IV-act. 182). Er sah demnach in den bildgebenden Befunden vom 8. Dezember 2015 keinen Grund, das orthopädische Teilgutachten der medexperts AG in Frage zu stellen. Auch wenn die Gutachterin darauf in ihrer Beurteilung nicht näher einging, ist davon auszugehen, dass aufgrund der Facettengelenksarthrose keine wesentliche zusätzliche Beeinträchtigung vorliegt beziehungsweise diese von den diagnostizierten "radiologisch mässigen degenerativen Veränderungen" (IV-act. 160-54) miterfasst ist. Den Berichten der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom 14. und 15. November 2017 ist zu entnehmen, dass die Wirbelsäulenpathologie im Vordergrund stehe und der Beschwerdeführer aus wirbeltechnischer Sicht unter anderem an den Folgen einer sagittalen Imbalance und einer fettigen Degeneration der Rückenmuskulatur leide. Aufgrund der Hüftprothesen sei eine Tätigkeit mit Wechsel von Sitzen und Stehen ideal. In einer körperlich schweren Tätigkeit könne mit der Bewegungseinschränkung im Hüftbereich keine 100%ige Leistung erreicht werden (IV-act.

181-4 ff.; IV-act. 176-17 f.). Auch dies entkräftet die orthopädisch-gutachterliche Beurteilung nicht. Aus der Diagnostik der orthopädischen Gutachterin geht hervor, dass sie die vom Beschwerdeführer beklagten lumbalen Schmerzen auf die bildgebend dargestellten degenerativen Veränderungen im Bereich der Spondylodese zurückführt. Mit dem MRI-Befund vom 4. September 2018, der keine Anhaltspunkte für eine Kompression der Nervenstrukturen ergab (Bericht Dr. med. Ch. Q.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, Klinik R.\_\_\_\_, IV-act. 207-8 ff.), hat sich nachträglich gezeigt, dass keine radikulären Beschwerdekompone[n]ten bestehen, welche nicht in die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen sind. Dass sich die Intensität der somatisch bedingten Beschwerden seit der Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz (Gutachten vom 4. Februar 2009; IV-act. 46) bis zur aktuellen medexperts-Begutachtung vom Juli 2016 und danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2018 nicht dauerhaft und wesentlich verändert hat, ergibt sich auch aus den RAD-Stellungnahmen von Dr. J.\_\_\_\_ vom 30. August 2016 (IV-act. 163) und vom 29. Oktober 2018 (IV-act. 208). Es ist demnach gestützt auf beide Gutachten von einer orthopädisch bedingten 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit sicher 4. Februar 2009 (erstes Gutachten) und wohl schon früher bis zum Verfügungszeitpunkt auszugehen. Die psychiatrische Gutachterin fand im Juli 2016 keine Anhaltspunkte (mehr) für Sinnestäuschungen, Wahrnehmungsstörungen, psychotische Störungen oder Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die hiesige Exploration habe deutliche Hinweise auf narzisstische und passiv-aggressive Persönlichkeitsanteile ergeben. Aktuell könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (IV-act. 160-45). Weil der Versicherte noch nie in der Schweiz gearbeitet habe, spielten invaliditätsfremde Faktoren wie schwierige wirtschaftliche Lage sowie mangelnde Sprachkompetenz eine grosse Rolle (IV-act. 160-42, 44). Andere soziale Belastungen wie langdauernde Erwerbslosigkeit hätten nicht eruiert werden können. Das Haupthindernis, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, seien die Unwilligkeit und die Überzeugung, dass er von jemandem (Staat, Partnerin) versorgt werden sollte. Der Beschwerdeführer verfüge über einige Ressourcen. Er besitze ausreichendes Durchsetzungsvermögen, könne sich den Umständen entsprechend unterschiedlich verhalten und sei in der Lage, seinen kleinen Sohn zu versorgen, Menschen kennenzulernen und Kontakte zu pflegen (IV-act. 160-45 ff.). Die Beurteilung der rückwirkenden Arbeitsunfähigkeit sei schwierig (IV-act. 160-47). Die Gutachterin hielt die in der Psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ erhobenen Diagnostik einer wahnhaften Störung und des Verdachts auf eine paranoide Schizophrenie für kohärent und das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung auch anhand der damals erhobenen Anamnese und Befunde für fragwürdig (IV-act. 160-43 f.). Zur Arbeitsfähigkeit äusserte die Gutachterin, der Beschwerdeführer sei bis 2011 (Angabe Beschwerdeführer, IV-act. 160-43) bzw. bis Ende März 2012 (Angabe Dr. H.\_\_\_\_, IV-act. 167) bei Dr. H.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen (IV-act. 167). Seitdem seien keine weiteren ambulanten oder stationäre Psychotherapien mehr durchgeführt worden (IV-act. 160-43). Es sei davon auszugehen, dass die Behandlung infolge Besserung des psychischen Zustandes beendet worden sei, d.h. ab ca. 2012 bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit psychiatrischerseits (IV-act. 160-47). Während der ambulanten Behandlung im Psychiatrischen Zentrum D.\_\_\_\_ und bei Dr. H.\_\_\_\_ habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf bestanden (IV-act. 160-47). Die Gutachterin teilt zwar die von Dr. H.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer chronifizierten paranoiden Schizophrenie nicht, da keine ausführliche Befunderhebung nach ADMP erfolgt sei und der späte Beginn der Erkrankung sowie das Fehlen kognitiver Einbussen und einer negativen

Symptomatik (Antriebs- und Interessenminderung, affektive Verflachung, soziale Isolierung), die nach langer Erkrankung auftreten müssten, dagegen sprächen (IV-act. 160-44). In seinem Bericht seien zudem keine symptomatischen bzw. funktionalen Einschränkungen aufgeführt (IV-act. 160-48). Dass sie für den betreffenden Zeitraum dennoch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit annimmt, begründet die Gutachterin in der Stellungnahme vom 15. August 2017, sie habe mit Dr. H. \_\_\_ Rücksprache genommen. Dieser habe ihr mitgeteilt, dass damals eine deutliche psychotische Symptomatik bestanden habe. Seine Angaben deuteten unmissverständlich darauf hin, dass damals eine wahnhaftige Störung bestanden habe (IV-act. 167). Gemäss Arztbericht des Psychiatriezentrums D. \_\_\_ vom 27. April 2009 traten die psychotischen Symptome nach Austritt aus der Psychiatrischen Klinik C. \_\_\_ deutlich in den Hintergrund und konnten auch in der erneuten Therapiephase ab 12. November 2008 nicht mehr festgestellt werden. Nebst eines Verdachtes auf eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 61.0) und eines Ehekonflikts (ICD-10: Z63.0) wurde ein leichtes bis mittelgradiges depressives Syndrom (ICD-10: F32.1) erhoben und dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 50-3), was die Gutachterin nachvollziehbarerweise für ungerechtfertigt hielt (IV-act. 160-48). Auch der nachbehandelnde Dr. H. \_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und vermerkte, dass dieser unbedingt regelmässig ein Neuroleptikum einnehmen sollte. Der Beschwerdeführer sei aktuell nicht vermittelbar (Arztbericht vom 2. Dezember 2009, IV-act. 57). Auf den Bericht von RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_, der den Beschwerdeführer zweimal untersuchte (11. November 2009 und 7. Januar 2010) und dabei eine chronifizierte Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) diagnostizierte, deren Schweregrad als mittelschwer einstufte, die psychotische Symptomatik damit in Zusammenhang stellte und echtzeitlich eine Arbeitsunfähigkeit von lediglich 30 % attestierte (IV-act. 59), ging die Gutachterin gar nicht näher ein. Sie nahm ihn aber offenbar zur Kenntnis (vgl. IV-act. 160-44) und fand ausreichende Gründe, von dieser Einschätzung abzuweichen. Da die RAD-Beurteilung von Dr. I. \_\_\_ das nachträgliche Gutachten nicht zu entkräften vermag, hat es für die retrospektive Einschätzung damit sein Bewenden. Für die Zeit nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlung im März 2012 stellt die gutachterliche Beurteilung die Einschätzung von Dr. I. \_\_\_ schon deshalb in Frage, weil sie auf der effektiven Weiterentwicklung des psychischen Gesundheitszustands basiert. Mangels vom Gutachten abweichender Einschätzungen findet sich für die Annahme einer (höheren) Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ab diesem Zeitpunkt keine Grundlage in den medizinischen Akten. Zusammenfassend ist somit auf das Gutachten der medexperts abzustellen und für den Zeitraum vom 1. November 2008 bis Ende 2011 aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen. Aus orthopädischer Sicht wird die 70%ige Arbeitsfähigkeit bereits im Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 4. Februar 2009 attestiert, welches sich jedoch seinerseits zur rückwirkenden orthopädisch begründeten Arbeitsfähigkeit nicht äussert. Der Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 2. Mai 2007 vermerkte eine deutliche Verbesserung der Hüftgelenksbeweglichkeit mit regredienter Impingement-Symptomatik (IV-act. 17-1 f.), so dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus orthopädischer Sicht bereits ab 1. November 2008 von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgegangen werden kann. Das medexperts-Gutachten äussert sich nicht zur Frage, ob bzw. inwieweit sich die nunmehr bestätigten, vom 1. November 2008 bis Ende 2011 nebeneinander bestehenden Arbeitsunfähigkeiten von 50 % aus psychiatrischer und von 30 % aus orthopädischer Sicht ergänzten. Die RAD-Ärzte Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ nahmen lediglich eine teilweise

Überschneidung der Einschränkungen aufgrund der psychiatrischen Symptome und der orthopädischen objektiven Befunde an und attestierten zuvor eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 30 %, welche durch die orthopädischen Einschränkungen um 20 % zu erhöhen sei, also gesamthaft eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Bericht Dr. I. \_\_\_ vom 20. April 2010, IV-act. 59; Stellungnahme Dr. J. \_\_\_ vom 4. Mai 2010, IV-act. 60). Da nun aber die psychiatrische Gutachterin mit 50 % die Arbeitsunfähigkeit höher einschätzt als es damals Dr. I. \_\_\_ mit 30 % tat, wäre dem Beschwerdeführer entsprechend mehr Zeit für die orthopädisch notwendigen zusätzlichen Pausen geblieben bzw. wäre es ihm zumutbar gewesen, das tägliche 50%-Pensum so einzuteilen, dass der orthopädisch notwendige Erholungsrhythmus gewahrt geblieben wäre. Dies wäre bei einer nur 30%igen psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit schwieriger gewesen. Zudem erklärte die Gutachterin in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 15. August 2017 nach Rücksprache mit Dr. H. \_\_\_, weswegen sie eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiere und blieb bei ihrer Einschätzung, dass diese von November 2008 bis Ende 2011 bestand (vgl. IV-act. 167). Somit ist die psychiatrisch bedingte befristete Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht zu erhöhen, weil gleichzeitig eine orthopädisch begründete Einschränkung von 30 % vorlag, und es ist ab dem 1. Januar 2012 von einer orthopädisch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. Da der Beschwerdeführer in der Schweiz nie gearbeitet hat, sind die Vergleichseinkommen nach dem Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Kompetenzniveau 1 Männer, zu bemessen. Der Beschwerdeführer hat somit mit Wirkung ab 1. November 2008 bis zum 31. März 2012 Anspruch auf eine halbe Rente. Anschliessend besteht bei einer lediglich aus orthopädischer Sicht um 30 % eingeschränkten adaptierten Arbeitsfähigkeit unter Vornahme eines Prozentvergleichs ohne Abzug vom Invalideneinkommen kein Rentenanspruch mehr bei einem Invaliditätsgrad von 30 %. Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 126 V 78 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Gesundheitliche Einschränkungen, die bereits in der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind, dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2018, 8C\_552/2017, E. 5.3.1, mit weiteren Verweisen). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der

Tabellenlohn Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2017, 8C\_805/2016, E. 3.4.2). Zum selben Ergebnis würde auch die Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 10 % führen. Die Berücksichtigung des vom Beschwerdeführer beantragten Abzuges von 15 % steht ausser Frage. Die orthopädische Gutachterin begründet die Arbeitsunfähigkeit von 30 % mit einem vermehrten Pausenbedarf. Dem Beschwerdeführer sind keine mittelschweren oder schweren Tätigkeiten zumutbar. Zudem darf eine adaptierte Tätigkeit kein längeres Stehen oder Sitzen, Arbeiten in vornübergebeugter Haltung oder unter Erschütterungen oder Vibrationen umfassen (IV-act. 160-58). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ergibt sich aus dem Gutachten nicht, dass die Arbeitsfähigkeit nicht ganztags verwertbar wäre. Somit fällt ein Teilzeitabzug nicht in Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2017, 8C\_148/2017, E. 6.2.2). Das Zumutbarkeitsprofil schränkt den Beschwerdeführer im Rahmen körperlich leichter Tätigkeiten vor allem dadurch ein, dass längeres Stehen und Sitzen zu vermeiden sind. Diese Anforderungen erfüllen heutige Arbeitsplätze in Produktion und Logistik, so dass sich ein Tabellenlohnabzug von mehr als 10 % nicht begründen lässt. Nach dem Gesagten ist festzustellen, dass die Beschwerde gegenstandslos geworden ist, soweit sie sich gegen die zwei Kinderrentenverfügungen vom 12. Dezember 2018 richtet. Im Übrigen 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. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung 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 HonO 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 Es wird festgestellt, dass die Beschwerde gegenstandslos geworden ist, soweit sie sich gegen die zwei Kinderrentenverfügungen vom 12. Dezember 2018 richtet. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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