

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/220 vom 5. Dezember 2024**

Sg Versicherungsgericht, 2024-12-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2023\\_220](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_220)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/220 du 5 décembre 2024

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/220 del 5 dicembre 2024

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Beweiskraft des Gutachtens bejaht. Anspruch auf eine Viertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Dezember 2024, IV 2023/220).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitgegenstand bildet der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 144 V 213 E. 4.3.1). Vorliegend besteht ein allfälliger Rentenanspruch bei Anmeldung im Oktober 2020 frühestens ab April 2021 (sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs; Art. 29 Abs. 1 IVG). Demnach sind die Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung anwendbar, da die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2023 einen noch unter Geltung des alten Rechts entstandenen Rentenanspruch zum Gegenstand hat (vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz 9101). Sie werden nachfolgend in dieser Fassung zitiert.

#### **E. 1.2**

Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare IV 2023/220 6/20

Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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 Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auf eine Viertelsrente. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR

830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt definiert. Der Invaliditätsgrad ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

### **E. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bestimmen zu können, ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.4**

Für das Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Das Versicherungsgericht hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Die Rechtsprechung hat es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das IV 2023/220 7/20

Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachpersonen ab. Weiter darf es den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung genügenden Gutachten externer Spezialärzte vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann sodann nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. Was schliesslich die Berichte von behandelnden Ärzten anbelangt, so sind diese zwar nicht von vornherein ohne Beweiswert, doch ist bei ihnen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Stellung mitunter im Zweifelsfall eher

zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 469 ff. E. 4.4 und 4.6, 125 V 351). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2 mit Hinweisen).

### **E. 2.1**

Um den Invaliditätsgrad festlegen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 138 V 221 f. E. 6 mit Hinweisen) feststehen. Diesbezüglich steht zur Beurteilung, ob dem von der Beschwerdegegnerin nach Art. 44 ATSG veranlassten Administrativgutachten der MEDAS, welches dem Beschwerdeführer in der bisherigen und in adaptierter Tätigkeit eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert, volle Beweiskraft zuzuerkennen ist oder ob konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

### **E. 2.2**

Die internistische Sachverständige der MEDAS, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin, attestierte dem Beschwerdeführer nach umfassender persönlicher Befragung und Untersuchung inklusive Laboruntersuchung sowie in Würdigung der medizinischen Akten (IV-act. 295-

### **E. 2.3**

Die neuropsychologische Gutachterin, lic. phil. I.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zertifizierte neuropsychologische Gutachterin SIM, führte nach persönlicher Befragung (IV-act. 293-5 f.), in Kenntnis der medizinischen Akten (IV-act. 293-4) sowie in Würdigung der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse (IV-act. 293-6 ff.) beurteilend aus, dass die Validität der gezeigten Leistungen und der geltend gemachten Beschwerden eingeschränkt sei. Die Leistungen IV 2023/220 8/20

in einem gut standardisierten Leistungsvalidierungstest (Green, 2003) seien in mehreren Teilaufgaben auffällig gewesen. Die Glaubwürdigkeit der geschilderten Beschwerden sei ebenfalls herabgesetzt. In einem Fragebogen zu typischen und atypischen kognitiven, psychischen und somatischen Symptomen (Merten et al., 2019) habe sich eine Menge an Pseudobeschwerden gezeigt, welche über dem kritischen Grenzwert liegen würden. Ebenso sei das Verhältnis zwischen echten und Pseudobeschwerden über dem Grenzwert. Gemäss den Autoren zeige sich damit ein praktisch sicherer Nachweis einer ungültigen Beschwerdeangabe. Auch hätten sich Inkonsistenzen innerhalb und zwischen den Tests gezeigt. Die grossen Zeitunterschiede in zwei einfachen Verfahren zur Aufmerksamkeit (TMT A und Untertests der WAIS-IV) seien nicht plausibel. Ebenso auffällig sei der Unterschied zwischen dem durchschnittlichen Abruf einer zuvor abgezeichneten Figur und dem nur defizitär erinnerten Weg. Inkonsistenzen hätten sich auch zwischen den Testleistungen und dem direkt beobachteten Verhalten und den Fähigkeiten ergeben. Der Beschwerdeführer habe keinerlei Schwierigkeiten gehabt, Bezug auf zu Beginn gegebene Informationen zu nehmen und sei orientiert gewesen, habe aber schwere verbale Gedächtnisdefizite gezeigt. Die Benennungsgeschwindigkeit sei stark verlangsamt gewesen, ohne dass er in der Spontansprache verlangsamt gewesen wäre. Er habe gestellte Fragen nicht vergessen, habe den roten Faden während seinen Erzählungen nicht verloren, habe aber wiederum Arbeitsgedächtnisleistungen gezeigt, welche klar defizitär gewesen seien und auch zu klinischen Auffälligkeiten geführt hätten, wenn sie denn echt gewesen

wären. Inkonsistenzen würden auch zwischen den subjektiven Angaben und den dokumentierten Symptomen bestehen. Der Beschwerdeführer beklage umfangreiche kognitive Einschränkungen, ohne dass sich diese bisher hätten objektivieren lassen. Vielmehr habe sich gezeigt, dass die geschilderten Beschwerden übertrieben seien. Diese Beschwerden seien während der gesamten beruflichen Integration und auch während der ambulanten Psychotherapie nicht weiter kritisch hinterfragt, sondern als Grund für die fehlende Arbeitsfähigkeit genannt worden. Schliesslich würden auch Inkonsistenzen zwischen den subjektiven Angaben und den Alltagsaktivitäten bestehen. Der Beschwerdeführer sei nach eigenen Angaben zu praktisch nichts mehr in der Lage. Doch selbst wenn die aktuell gezeigten Minderleistungen echt wären, würde sich damit keine komplette Arbeitsunfähigkeit erklären lassen. Aus neuropsychologischer Sicht lasse sich nicht begründen, weshalb die Eingliederungsmassnahme gescheitert sei. Ein problematisches Leistungs- und Antwortverhalten sei nachgewiesen. In der Gesamtsicht aller verfügbaren Informationen, nach Rücksprache mit dem psychiatrischen Gutachter und in Anlehnung an den Entscheidungsalgorithmus von Slick und Sherman (2013) sei mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Aggravation von Beschwerden und Symptomen festzustellen. Es sei von einer vorgetäuschten Verstärkung von kognitiven Störungen und berichteten Symptomen auszugehen, die wenigstens zu einem wesentlichen Teil als bewusst zu werten seien. Das gezeigte Leistungs- und Antwortverhalten könne nicht durch eine psychische Störung erklärt werden. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers den Erkenntnismöglichkeiten der Gutachterin. Sie würde anhand der Vorbefunde IV 2023/220 9/20

und der aktuellen psychiatrischen Diagnosen den minimalen Schweregrad aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht überschreiten (IV-act. 293-9 f.). Die neuropsychologische Expertin diagnostizierte nicht-authentische kognitive Einschränkungen. Aufgrund der invaliden resp. nicht verwertbaren Ergebnisse könne die Leistungsfähigkeit gemäss den aktuellen Befunden nicht zuverlässig beurteilt werden. Angesichts der Vorbefunde mit minimalen kognitiven Einschränkungen und den fehlenden Hinweisen auf eine kognitive Verschlechterung seither sei die Leistungsfähigkeit nicht wesentlich herabgesetzt. Sie würde höchstens 10 % in der angestammten Tätigkeit betragen. Diese Einschätzung gelte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit dem Austritt aus der Klinik D.\_\_\_\_ im September 2020. In adaptierter Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 293-12 f.).

#### **E. 2.4**

Die neurologischen Experten, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und med. pract. K.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führten nach einer persönlichen Befragung (IV-act. 296-6), nach klinischer und elektrophysiologischer Untersuchung (IV-act. 296-8 f.) sowie in Würdigung der Bildgebung und der vorhandenen medizinischen Aktenlage aus, dass der Beschwerdeführer an einer lumbokruralen Schmerzsymptomatik L3/4 links mit lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung ins L4 Dermatome links, leichter Parese der Kniestrecker links und Ausfall des PSR links leide. Die Schmerzen seien immobilisierend und verstärkten sich bei Belastung. Bildgebend seien multisegmentale degenerative LWS-Veränderungen ohne sichere Neurokompression nachgewiesen. Zusätzlich leide der Beschwerdeführer an einer Cervicobrachialgie C6 links bei degenerativen Veränderungen, betont HWK 5/6/7 mit breitbasigen Diskushernien und höhergradigen neuroforaminalen Stenosen HWK 5/6

beidseits und HWK 6/7 links. Durch diverse konservative Therapien inklusive epidurale Infiltrationstherapien habe keine ausreichende Symptomkontrolle erreicht werden können. Seit August 2020 würden Kopfschmerzen vom Spannungstyp und, bei täglicher Einnahme von Analgetika, von einer möglichen zusätzlichen analgetikainduzierten Kopfschmerzkomponente bestehen. Die Einnahme der Opioide in Kombination mit Temesta würde möglicherweise zu den Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie der Tagesmüdigkeit beitragen. Unklar sei, ob eine hirnorganisch mitbedingte Insomnie bestehe, welche sich negativ auf die psychische Stabilisierung und die kognitive Leistungsfähigkeit auswirke (IV-act. 296-9 f.). Bei einer Tätigkeit sollten langes Stehen, Sitzen und Gehen sowie repetitives Bücken und Tragen von Gewichten über zehn Kilogramm vermieden werden. Es sollte ebenfalls die Möglichkeit geben, Pausen zu machen. Limitierend seien die Nacken-, Rücken- und Kopfschmerzen sowie die geltend gemachte Müdigkeit. Aus neurologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Leistung, sowohl in der angestammten als auch in adaptierter Tätigkeit, von mindestens 25 % (IV-act. 296- 12 f.).

### **E. 2.5**

Der rheumatologische Experte, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie, Allgemeine Innere Medizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, diagnostizierte nach persönlicher Befragung (IV-act. 298-6 ff.), klinischer Untersuchung (IV-act. 298-11 ff.), veranlassten Laboruntersuchungen (IV-act. 298- IV 2023/220 10/20

14) sowie in Würdigung der Bildgebung (IV-act. 298-15 ff.) und der vorhandenen medizinischen Aktenlage ein chronifiziertes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom rechts, ein subakutes cervicospondylogenes Syndrom links, einen Residualzustand Knie rechts und einen Residualzustand mit posttraumatischer linksseitiger Lisfranc-Arthrose mit konsekutivem Knick- Senkfuss links. Die angegebenen Beschwerden könnten bei deutlich erkennbarer Überlagerungssymptomatik nur partiell mit den klinisch und bildgebend erhobenen Befunden in Korrelation gebracht werden. Die fortgeschrittene und progrediente Segmentdegeneration im Lendenwirbelbereich qualifiziere den Beschwerdeführer aber nicht mehr für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten wie auch nicht für Tätigkeiten in rückenbelastenden Arbeitspositionen. Im Weiteren bestehe eine geringe bis mässiggradige Belastungsintoleranz bezüglich des mehrfach operierten rechten Kniegelenks und des linken Fusses. Diesbezüglich könnten dem Beschwerdeführer keine ausschliesslich stehenden oder gehenden Tätigkeiten wie auch keine Verrichtungen in kniender oder kauender Position zugemutet werden, im Weiteren keine Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern wie auch keine Tätigkeiten, welche verbunden seien mit Erschütterungen, Schlägen oder Vibrationen. Aufgrund der degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen würden auch Einschränkungen hinsichtlich Tätigkeiten mit häufiger reklinierter Halswirbelsäule (sogenannte Überkopfarbeiten) bestehen (IV-act. 298-19 ff.). Aufgrund des Bedarfs an schmerzbedingt vermehrten Pausen und langsamerem Arbeitstempo sei die Leistung sowohl in der angestammten als auch in adaptierter Tätigkeit um 25 % vermindert. In zeitlicher Hinsicht stellte der rheumatologische Gutachter fest, dass es Ende Mai/Anfang Juni 2022 zu einer Exazerbation mit kernspintomographisch am 9. Juni 2022 festgestellter progredienter Segmentdegeneration und neu aufgetretener Diskushernie L3/4 links gekommen sei. Es sei davon auszugehen, dass ab Ende Mai 2022 deswegen und nachfolgend wegen der Fussproblematik links, die im Februar 2023 zu einer Operation geführt habe, bis dato eine 100%- ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und ab dem Datum des Gutachtens die geschätzte Arbeitsfähigkeit von 75 % Geltung habe (IV-act.

298-23).

### **E. 2.6**

Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. M. \_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, MAS Insurance Medicine, Vertrauensarzt SGV, diagnostizierte nach einer vertiefenden persönlichen Befragung (IV-act. 294-6 ff.), in Auseinandersetzung mit den anlässlich der Exploration erhobenen Untersuchungs- resp. psychopathologischen Befunden (IV-act. 294-10 ff.), in Würdigung der Laboruntersuchung (IV-act. 294-13), nach einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung (IV-act. 294-14 ff.) sowie in Beachtung der vorhandenen medizinischen Aktenlage keine psychiatrischen Störungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erkannte er eine dysfunktionale Störungsverarbeitung (ICD-10: F54) und einen Status nach Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), weitgehend remittiert (IV-act. 294-19). Aus psychiatrischer Sicht bestehe damit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, auch nicht retrospektiv (IV-act. 294-29). IV 2023/220 11/20

### **E. 2.7**

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (IV-act. 297) wurden die Einschätzungen in den Teilgutachten aufgegriffen und festgehalten, dass der Beschwerdeführer aus internistischer, psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht voll arbeitsfähig oder nur minimal eingeschränkt sei. Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht sei aufgrund des Bedarfs an schmerzbedingt vermehrten Pausen und langsamerem Arbeitstempo die Leistung in seiner bisherigen Tätigkeit, die auch als angepasste Tätigkeit angesehen werde, um 25 % vermindert (IV-act. 297-11). 3. In der Beschwerde vom 23. November 2023 lässt der Beschwerdeführer mehrere Einwände gegen die Verwertbarkeit und die Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens vortragen (act. G 1). 3.1 Der Beschwerdeführer erachtet die neuropsychologische Beurteilung als qualitativ ungenügend und voreingenommen. Auch sei der neuropsychologischen Einschätzung zu viel Gewicht beigemessen worden. Weder das schriftliche neuropsychologische Gutachten noch die im Rahmen der Exploration erstellte Tonaufnahme lassen jedoch auf irgendwelche Mängel hinweisen. Der Beschwerdeführer wusste um die Bedeutung der neuropsychologischen Testung und er konnte sich ausführlich zu seinen Beschwerden äussern. Das Interview wurde empathisch, ausführlich und unvoreingenommen geführt. In dem Sinne sind keine Indizien erkennbar, dass die neuropsychologische Beurteilung auf qualitativ ungenügender Grundlage beruhen würde. Die Gutachterin weist lege artis auf Inkonsistenzen hin, welche sich aufgrund von Leistungsvalidierungs- und Beschwerdevalidierungsverfahren, aber auch aufgrund der Testleistungen selbst und der Testleistungen im Vergleich zum direkt beobachteten Verhalten und zu den Fähigkeiten ergeben haben. Entsprechend leuchtet ihre Einschätzung eines problematischen Leistungs- und Antwortverhaltens, nach Rücksprache mit dem psychiatrischen Gutachter, resp. die Diagnose von nicht-authentischen kognitiven Einschränkungen ohne weiteres ein (IV-act. 293-9 ff.). Es trifft auch nicht zu, dass der neuropsychologischen Beurteilung übermässig Gewicht beigemessen worden wäre. Der psychiatrische und der neurologische Experte haben davon unabhängig lege artis unter Berücksichtigung der relevanten Punkte nach klinischer Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung die Diagnosen in ihrem Fachgebiet erhoben und die Arbeitsfähigkeit gestützt darauf medizinisch nachvollziehbar geschätzt. 3.2 Weiter bemängelt der Beschwerdeführer die fehlende Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden

neurologischen Fachpersonen und verweist namentlich auf die Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ vom 15. März 2022 (IV-act. 248) und den Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 21. April 2022 (IV-act. 250; vgl. im Sachverhalt lit. D.c), welche dem Beschwerdeführer eine relevante Arbeitsfähigkeit absprechen (IV-act. 248, 250). Die geltend gemachten Beschwerden liessen sich im Rahmen der MEDAS-Begutachtung in ihrem Ausmass nicht plausibilisieren. Daran ändern auch die Beurteilungen der behandelnden Fachpersonen nichts. Es wäre zwar wünschenswert IV 2023/220 12/20

gewesen, die Gutachterinnen und die Gutachter hätten sich ausführlicher mit den medizinischen Vorakten ihrer jeweiligen Fachgebiete auseinandergesetzt. Diese waren ihnen, auch den neurologischen Experten, indes bekannt (IV-act. 291, 291-13 f.). Die MEDAS-Gutachter und Gutachterinnen sämtlicher Fachdisziplinen haben die beschriebenen und subjektiv geklagten Beschwerden (IV-act. 293-5 f., 294-5 ff., 295-5 ff., 296-6, 298-6 ff.) in ihrer Beurteilung berücksichtigt. Sie konnten aber, wie auch die Behandler, die geklagten Beschwerden (schnelle physische und psychische Erschöpfbarkeit, fehlende Konzentrationsfähigkeit, fehlendes Schmerzmanagement in Bezug auf die somatische Problematik etc.) resp. deren geltend gemachtes Ausmass nicht hinreichend fassbar machen und auch nicht medizinisch schlüssig mit der durchgemachten Meningoenzephalitis oder einer psychischen oder somatischen Diagnose in Zusammenhang bringen. Zwar führt Dr. F.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide weiterhin stark unter den Folgen der Erreger-negativen Meningoenzephalitis, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % aus neurologischer Sicht begründe (IV- act. 248), und die behandelnden Fachpersonen der Klinik G.\_\_\_\_ sprechen von einer schwer ausgeprägten Fatigue Symptomatik (IV-act. 250). Deren Beurteilungen gründen indes in hohem Masse auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (Fragebogenverfahren; vgl. IV-act. 250-4), ohne kritische Prüfung der geltend gemachten Beschwerden und wurden im Gegensatz zur MEDAS- Begutachtung ohne Würdigung der Konsistenz der Angaben und ohne Tests zur Validierung der Beschwerden abgegeben. Gerade dies wäre zur Begründung konkreter Indizien gegen die Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens indes angezeigt gewesen, nachdem sich im Rahmen der Begutachtung nicht nur während der neuropsychologischen Exploration, sondern auch in den anderen Fachrichtungen, Inkonsistenzen in der Darstellung der Beschwerden resp. eine Diskrepanz zwischen Befinden und Befunden ergeben haben (vgl. IV-act. 295-12, 298-19). Damit vermögen auch die teils diskrepanten Einschätzungen der behandelnden Ärzte keine Zweifel am Beweiswert des MEDAS- Gutachtens zu schüren. 3.3 In Bezug auf den Einwand des Beschwerdeführers, wonach es an einer Abklärung einer allfälligen postentzündlichen Fatigue und einer hirnorganisch mitbedingten Insomnie mangle, ist folgendes festzuhalten: Es trifft zu, dass die neurologischen Experten diese Diagnosen thematisierten und eine Untersuchung in einem Zentrum für Wach-/Schlafstörungen empfohlen haben (IV-act. 296-13). Bildgebend objektiviert ist indes weder die eine noch die andere Erkrankung. Die MR Schädel vom 1. Dezember 2020 ergab einen regelhaften intrakraniellen Befund ohne Nachweis von akuten Entzündungszeichen, weder am Hirnparenchym noch an den Hirnhäuten, und einen vollständigen Regress der Signalalteration im Splenum corporis callosi (IV-act. 200). Entsprechend führte Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. Dezember 2020 aus, dass die Schädel-MRT normal ausgefallen sei, ein meningeales Enhancement wie die (parainfektiose?) Läsion im Corpus callosum nicht mehr zur Darstellung gekommen sei, ein Hydrocephalus sich auch radiologisch nicht entwickelt habe und sich keine direkten Anhaltspunkte mehr für eine abgelaufene Meningoenzephalitis gezeigt hätten (IV-act. IV 2023/220 13/20

202). Damit ist aus objektiv fassbarer Sicht von einer ausgeheilten Meningoencephalitis auszugehen, wie es der RAD mit Stellungnahme vom 1. April 2021 schlüssig festhielt (IV-act. 211-3). Auch eine hirnbedingte Beeinträchtigung liess sich bei regelhaftem intrakraniell Befund nicht objektivieren. Mangels körperlicher Objektivierbarkeit hätten sich allfällige Beeinträchtigungen/Befunde aufgrund einer dieser Erkrankungen bei den klinischen Untersuchungen ergeben müssen. Dies war indes nicht (hinlänglich) der Fall. Im Rahmen der verschiedenen Explorationen in der MEDAS liessen sich weder massgebliche kognitive Einschränkungen noch ein relevanter Abfall des Leistungsniveaus aufgrund von Müdigkeit, Erschöpfbarkeit oder der Schmerzproblematik plausibilisieren (IV-act. 293-6, 294-10, 295-10, 298-10). Schliesslich liessen sich auch bei der neuropsychologischen Untersuchung bei erheblichen Inkonsistenzen und hoher Wahrscheinlichkeit einer Aggravation der Symptome und Beschwerden (IV-act. 293-9) keine aussagekräftigen Befunde/kognitive Einschränkungen erheben, welche in Zusammenhang mit einer durchgemachten Meningoenzephalitis, mit einer psychiatrischen Diagnose oder mit der Schmerzproblematik stehen könnten. Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen – wie hier – vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen. Somit erübrigen sich Abklärungen in Bezug auf das Vorliegen einer postentzündlichen Fatigue oder einer Insomnie, zumal sich allfällige Limitierungen aufgrund einer solchen Erkrankung hauptsächlich mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers begründen liessen, was – bei problematischem resp. nicht authentischem Leistungsverhalten – für einen hinlänglichen Nachweis von erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens nicht ausreicht. Diese Beweislosigkeit geht zu Lasten des Beschwerdeführers, denn nach der allgemeinen, auch im Sozialversicherungsrecht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2015, 8C\_324/2014, E. 3.2) geltenden Beweisregel (Art. 8 des Zivilgesetzbuches [ZGB, SR 210]) obliegt es der versicherten Person, die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis – wie vorliegend – nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch (BGE 140 V 297 f. E. 4.1 mit Hinweisen). 3.4 Schliesslich führt auch der Umstand, dass die MEDAS-Gutachter und Gutachterinnen die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Leiter Mobile Einsatzgruppe bei der Stadt C.\_\_\_\_) als weiterhin zumutbare Tätigkeit erachtet haben, nicht dazu, dass dem Administrativgutachten der Beweiswert abzuspochen wäre. Es trifft zwar zu, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit entgegen der Annahme im MEDAS-Gutachten (IV-act. 297-12) nicht gänzlich dem zumutbaren Belastungsprofil (zumutbar: Tätigkeiten mit wechselnd sitzender und stehender Position, ohne repetitives Bücken und Tragen/Heben von über zehn Kilogramm, stressarm mit der Möglichkeit regelmässiger Pausen, eher eine Tätigkeit nach der anderen, Multitasking nur bei Routineaufgaben, Aufträge sollten mehrmals gegeben oder schriftlich abgegeben werden; nicht zumutbar: körperlich schwere Tätigkeiten und Tätigkeiten mit rückenbelastenden IV 2023/220 14/20

Arbeitspositionen, ausschliesslich stehende oder gehende Tätigkeiten wie auch Verrichtungen in kniender oder kauender Position, Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten und Dächern wie auch Tätigkeiten, welche verbunden sind mit Erschütterungen, Schlägen und Vibrationen, Einschränkungen hinsichtlich Tätigkeiten mit häufiger reklinierter Halswirbelsäule [sogenannte Überkopfarbeiten]; IV-act. 297-12) entspricht (vgl. dazu den

Entscheid des Versicherungsgerichts vom 2. Juli 2019, UV 2017/64, E. 4.3; vgl. ferner das Anforderungsprofil der Tätigkeit Leiter Mobile Einsatzgruppe in IV-act. 186-7). In entscheidender medizinischer Hinsicht ist das erstellte Belastungsprofil in Beachtung der erhobenen Einschränkungen indes schlüssig. Gestützt darauf kann das Invalideneinkommen festgelegt und der Invaliditätsgrad zuverlässig ermittelt werden. Entsprechend vermag auch dieser Einwand des Beschwerdeführers den Beweiswert der Expertise nicht zu schmälern.

3.5 Gestützt auf das vorstehend Ausgeführte sind die vom Beschwerdeführer beanstandeten Punkte für sich, aber auch bei gesamthafter Betrachtung, nicht geeignet, konkrete Zweifel an der Zuverlässigkeit des MEDAS-Gutachtens zu begründen. Die Expertise in der Gesamtbeurteilung und ihre Teilgutachten beruhen auf einem umfassenden Aktenstudium und setzen sich ausreichend mit den bisherigen fachärztlichen Berichten auseinander. Die Beurteilungen ergingen gestützt auf ausführliche und umfangreiche klinische Untersuchungen und Befragungen des Beschwerdeführers in den jeweiligen Fachgebieten. Das Gutachten berücksichtigt auch alle vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und ist in seinen Schlussfolgerungen nachvollziehbar und überzeugend. Widersprüchlichkeiten oder Unklarheiten sind entgegen den Einwänden des Beschwerdeführers keine auszumachen. Die Beurteilungen im Konsens und in den Teilgutachten erfüllen vollends die praxisgemässen Voraussetzungen und bilden eine beweistaugliche Grundlage für die Beurteilung der streitigen Belange, weshalb vollumfänglich darauf abzustellen ist. Damit besteht aus internistischer, psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht eine volle oder nur minimal eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht ist die Leistungsfähigkeit aufgrund des Bedarfs an schmerzbedingt vermehrten Pausen und langsamerem Arbeitstempo um 25 % vermindert.

3.6 Bezüglich Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führt der psychiatrische Teilgutachter aus, dass entsprechend der Aktenlage keine andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten, die allein auf psychischer Krankheit zurückgehen würden, beschrieben worden seien (IV-act. 294-29). Gemäss der internistischen Gutachterin sei es nach Abschluss der Rehabilitation Ende 2020 zu einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit gekommen, wobei die genauen Stufen aktuell nicht mehr benannt werden könnten (IV-act. 295-15). Der neurologische Gutachter führt aus, dass die Kopfschmerzen seit der Meningoenzephalitis im August 2020 bestehen würden. Die lumbokrurale Schmerzsymptomatik L3/4 links bestehe seit ca. vier Jahren. Seit wann die Cervicobrachialgie C6 links vorliege sei aktenanamnestisch nicht dokumentiert (IV-act. 296-12). Gemäss dem rheumatologischen Gutachter IV 2023/220 15/20

bezieht sich die ab 8. August 2020 attestierte Arbeitsunfähigkeit ausschliesslich auf die Folgen der damals erlittenen Meningoenzephalitis und nicht auf den Bewegungsapparat. Aktenkundig sei es Ende Mai/Anfang Juni 2022 zu einer Exazerbation mit kernspintomographisch am 9. Juni 2022 festgestellter progredienter Segmentdegeneration und neu aufgetretener Diskushernie L3/4 links gekommen. Es sei davon auszugehen, dass ab Ende Mai 2022 deswegen und nachfolgend wegen der Fussproblematik links, die im Februar 2023 zu einer Operation geführt habe, bis dato eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und ab Datum des Gutachtens die erwähnte geschätzte 75%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 298-23). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ist festgehalten, dass die geschätzte 75%-ige Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich in der überwiegenden Zeit seit Ende des Jahres 2020 bestanden habe (IV-act. 297-11). Gestützt auf diese Verlaufseinschätzungen war der Beschwerdeführer vom 8. August 2020 bis 31. Dezember 2020 bei relevanten Auswirkungen der Meningoenzephalitis zu 100 % arbeits-/erwerbsunfähig, danach bis 31. Mai 2022 bei höchstens minimaler neuropsychologischer

Funktionsstörung (IV-act. 172-4) und der somatischen Gesundheitsschädigung zu 25 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, in der Folge ab 1. Juni 2022 bis 12. April 2023 (Begutachtungsdatum Rheumatologie) bei Exazerbation in somatischer Hinsicht wieder zu 100 % arbeits-/erwerbsunfähig und ab Mitte April 2023 wieder zu 25 % eingeschränkt. 4. 4.1 Der Beschwerdeführer meldete sich im Oktober 2020 zum Leistungsbezug an (IV-act. 167). Die Halbjahresfrist nach Art. 29 IVG war somit Ende März 2021 abgelaufen. Der (neue) Gesundheitsschaden trat mit der dokumentierten Meningoenzephalitis am 8. August 2020 ein. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war demnach frühestens am 8. August 2021 erfüllt. Somit besteht ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. August 2021. 4.2 Die attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 8. August 2020 bis 31. Dezember 2020 führt zu keinem Rentenanspruch, da, wie vorstehend erwähnt, ein solcher frühestens ab August 2021 entstehen kann. Vom 1. Januar 2021 bis 31. Mai 2022 war der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch zu 25 % in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Bei 100%-iger Arbeitsunfähigkeit vom 8. August 2020 bis 31. Dezember 2020, also während 146 Tagen, und danach 25%-iger Leistungseinschränkung bis 8. August 2021, ist das Erfordernis der durchschnittlich mindestens 40%-igen Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ohne weiteres erfüllt. Zu prüfen bleibt, ob danach eine Invalidität/Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % vorlag. Diesbezüglich bedarf es im Rahmen des Einkommensvergleichs der Ermittlung des Invaliditätsgrads (vgl. dazu vorstehende E. 1.2). 4.3 IV 2023/220 16/20

4.3.1 Für die Bemessung des hypothetischen Verdienstes ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juli 2011, 9C\_414/2011, E. 2.2). Bei der Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Der Beschwerdeführer erzielte im Jahr 2020 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Leiter Mobile Einsatzgruppe bei der Stadt C.\_\_\_\_) bei einem Pensum von 80 % ein Einkommen von Fr. 72'627.-- (Fr. 5'586.70 x 13; IV-act. 186-4). Dies entspricht bei einem Pensum von 100 % Fr. 90'784.--. Nominallohnindexiert auf das Jahr 2021 (allfälliger Rentenbeginn) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 90'966.-- (Fr. 90'784.-- x 1.002 [+ 0.2 % für das Jahr 2021]; vgl. Nominallohnindex, Männer, 2021-2023, Basis 2020 = 100, 84 Öffentliche Verwaltung). Zwar entsprach jene Tätigkeit nicht vollends dem damals geltenden Zumutbarkeitsprofil, weshalb sich die Frage stellt, ob zur Festlegung des Valideneinkommens darauf abgestellt werden kann. Der Vergleich mit dem Einkommen, welches der Beschwerdeführer zuvor bei der B.\_\_\_\_ AG erzielt hatte (vgl. dazu den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 2. Juli 2019, UV 2017/64, E. 4.2), ergibt aber keine relevanten Abweichungen in Bezug auf die Rentenberechnung (Fr. 90'186.--; Fr. 88'532.-- [2016] nominallohnindexiert auf das Jahr 2021 [Fr. 88'532.-- / 128.5 x 130.9; Index 1993 = 100, Total Männer]), so dass zugunsten des Beschwerdeführers ohne weiteres vom höheren Valideneinkommen von aufgerundet Fr. 91'000.-- für das Jahr 2021 ausgegangen werden kann. 4.3.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben

sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können rechtsprechungsgemäss Tabellenlöhne beigezogen werden (BGE 126 V 75, BGE 129 V 475 E. 4.2.1). Nachdem der Beschwerdeführer nach der Erkrankung im August 2020 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging, ist für die Festlegung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen, wobei der Bezug von Tabelle TA1, Sektor Produktion, Position 16-18 "Herstellung von Holzwaren und Papier; Druckerzeugnisse", Kompetenzniveau 2, dem Sachverhalt am besten gerecht wird (vgl. dazu die Ausführungen im Entscheid des Versicherungsgerichts vom 2. Juli 2019, UV 2017/64, E. 4.4). In IV 2023/220 17/20

qualitativer Hinsicht ist dem Beschwerdeführer gestützt auf das Belastungsprofil eine solche Tätigkeit nach wie vor zumutbar, auch wenn einige qualitative Einschränkungen hinzugetreten sind, welche beim Abzug vom Tabellenlohn Berücksichtigung finden. Entsprechend wäre im Jahr 2021 bei einem zumutbaren Pensum von 75 % von einem erzielbaren hypothetischen Einkommen von jährlich Fr. 55'515.-- auszugehen (Fr. 5'976.-- x  $12 / 40 \times 41.7 / 1.01$  [nominallohnindexiert; minus 1.0 bei Männern verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren] x 0.75 [zumutbares Pensum]; Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Schweiz 2020, TA1\_tirage\_skill\_level). Die Beschwerdegegnerin gewährte mit Blick auf die Zumutbarkeitsbeurteilung einen Abzug von 10 % vom Tabellenlohn. Die Höhe des Abzugs erscheint entgegen den Einwänden des Beschwerdeführers angemessen. Namentlich sind die vermehrt notwendigen Pausen und das langsamere Arbeitstempo bereits in der quantitativen Schätzung berücksichtigt. Das nur noch zumutbare Pensum von 75 % rechtfertigt ebenfalls keinen weiteren Abzug (vgl. die statistischen Zahlen dazu in Tabelle T18, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, Schweiz 2020). Vorausgesetzte triftige Gründe (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 14. Mai 2018, 8C\_744/2017, E. 3.3), vom gewährten Abzug von 10 % abzuweichen, liegen auf jeden Fall nicht vor. Zu erwähnen ist indes auch, dass ein maximal denkbarer Abzug von 15 % zu keiner rentenrelevanten Änderung führen würde. Damit ist von einem Invalideneinkommen von Fr. 49'963.50 (Fr. 55'515.-- x 0.9) auszugehen. 4.3.3 Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr. 91'000.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 49'963.50 eine Erwerbseinbusse von Fr. 41'036.50 und ein Invaliditätsgrad von 45 % (Fr. 41'036.50 / Fr. 91'000.-- x 100). Dieser Invaliditätsgrad ergibt einen Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG) ab 1. August 2021. 4.4 Vom 1. Juni 2022 bis Mitte April 2023 wird dem Beschwerdeführer eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. vorstehende E. 3.6). Dies führt in Anwendung von Art. 88a IVV zu einem (befristeten) ganzen Rentenanspruch ab 1. September 2022. Ab Mitte April 2023 und bis auf weiteres war der Beschwerdeführer wieder zu 75 % in adaptierter Tätigkeit arbeitsfähig. Diesbezüglich kann auf den Einkommensvergleich gemäss vorstehender Erwägung 4.3.3 verwiesen werden. Damit resultiert – wiederum in Anwendung von Art. 88a IVV – ab 1. August 2023 ein (unbefristeter) Anspruch auf eine Viertelsrente.

## **E. 5**

ff.) eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in adaptierter Tätigkeit. Nach Abschluss der Rehabilitation Ende des Jahres 2020 sei es sicherlich zu einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit gekommen; die genauen Stufen könnten aber nicht mehr benannt werden. Bei adäquater Behandlung sollte die aus medizinischer Sicht gegebene Arbeitsfähigkeit längere Zeit bestehen bleiben (IV-act. 295-15 f.).

### **E. 5.1**

Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der Verfügung vom 30. Oktober 2023 dahingehend gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer vom 1. August 2021 bis 31. August 2022 eine Viertelsrente, vom 1. September 2022 bis 31. Juli 2023 eine ganze Rente und ab 1. August 2023 eine Viertelsrente im Sinne der Erwägungen zuzusprechen ist. Die Sache ist zur IV 2023/220 18/20

Rentenberechnung und -ausrichtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 5.2**

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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint im vorliegenden leicht überdurchschnittlich aufwändigen Verfahren als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. dazu die nachstehende E. 5.3; vgl. ferner betreffend "Überklagung" den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Dezember 2011, IV 2009/459, E. 5.2 f., bestätigt im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2016, IV 2014/126, E. 6.2). Der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

### **E. 5.3**

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 (Art. 61 lit. g ATSG). Mit der Replik vom 5. März 2024 reichte Rechtsanwältin Hässig eine Honorarnote für ihren angefallenen Aufwand ein (act. G 8.1). Darin macht sie 27.9 Stunden und ein Honorar von Fr. 8'237.90 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) geltend. Ein Honorar nach Zeitaufwand sieht die Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) im Verfahren vor dem Versicherungsgericht indes nicht vor. Es beträgt nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Praxisgemäss wird bei einem durchschnittlichen Verfahren eine Entschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen. Dieses Verfahren war leicht überdurchschnittlich anspruchsvoll, weshalb mit Blick auf vergleichbar aufwändige Fälle eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen erscheint. Streitgegenstand dieses Verfahrens bildete der Rentenanspruch des Beschwerdeführers, nachdem die Beschwerdegegnerin einen solchen in der Verfügung vom 30. Oktober 2023 verneint hat. Da ein Anspruch auf eine Rente in diesem Beschwerdeverfahren bejaht wird, obsiegt der Beschwerdeführer dem Grundsatz nach und unterliegt – wenn überhaupt – lediglich im Masslichen (teilweise). Dies bedingt eine ungekürzte Parteientschädigung zulasten der

Beschwerdegegnerin (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. Oktober 2022, 8C\_281/2022, E. 7.1). IV 2023/220 19/20

Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, als die Verfügung vom 30. Oktober 2023 aufgehoben und dem Beschwerdeführer vom 1. August 2021 bis 31. August 2022 eine Viertelsrente, vom 1. September 2022 bis 31. Juli 2023 eine ganze Rente und ab 1. August 2023 eine Viertelsrente im Sinne der Erwägungen zugesprochen wird. Die Sache wird zur Berechnung und Ausrichtung der Rente an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. IV 2023/220 20/20

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