

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/138 vom 16. Juli 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-07-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_138

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/138 du 16 juillet 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/138 del 16 luglio 2019

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG. Der Beschwerdeführer leidet an einer Rest-bzw. Rezidivhernie nach mikrochirurgischer Operation L5/S1. Gemäss MEDAS-Gutachten sind die angegebenen starken, gehbehindernden Ausstrahlungen ins linke Bein mit dem bildgebenden Befund nicht erklärbar und klinisch nicht objektivierbar und können keiner Diagnose zugeordnet werden. Daher sind invalidenversicherungsrechtlich lediglich die orthopädisch objektivierten Kreuzschmerzen zu berücksichtigen. Gemäss beweiskräftigem Gutachten begründen sie eine Arbeitsfähigkeit in rückenadaptierten Tätigkeiten von 80%. Rückblickend sind indes die radikulären bzw. neuropathischen Beschwerden gemäss Gutachten zu beachten und begründen gemäss dem behandelnden Orthopäden eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Dies führt zu einem befristeten Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Juli 2019, IV 2017/138).

Volltext

Entscheid vom 16. Juli 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2017/138 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Samuel Teindel, schadenanwaelte.ch AG, Industriestrasse 13c, Postfach, 6302 Zug, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im August 2014 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der Versicherte arbeitete seit 14. April 2008 als Anlagenführer zu 100% bei der B.____ AG im prozessualen Ablauf der chemischen Produktion (vgl. Angaben der Arbeitgeberin vom 15. September 2014, IV-act. 10-1 ff.; Funktionsbeschreibung, IV-act. 10-6 f.; Arbeitszeugnis, IV-act. 93-64). Ab dem 16. April 2014 war er zu 50%, ab dem 22. April 2014 zu 100%, vom 12.-19. Mai 2014 zu 50% und anschliessend wieder zu 100% krank geschrieben (Arztzeugnisse Zentrum C.____, IV-act. 10-8 ff.). Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, spez. Wirbelsäulenchirurgie, hatte eine S1-Radikulopathie links bei breitbasiger Diskushernie L5/S1 links diagnostiziert (Bericht vom 15. Juni 2014, IV-act. 12-3) und am 23. Juni 2014 eine mikrochirurgische Dekompression L5/S1 links, Diskus-Dekompression mit Rezessotomie vorgenommen (Operationsbericht Dr. D.____, IV-act. 12-7; Austrittsbericht Spital E.____ vom 20. [richtig wohl: 30.] Juni 2014, IV-act. 18-9). Im Bericht vom 1. September 2014 hielt Dr. D.____ fest, beim Versicherten bestehe eine klare L5-Radikulopathie, auch im Sinne von neuropathischen Beschwerden (IV-act. 12-6). Dr. med. F.____, Assistenzarzt Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungssapparates Kantonsspital St. Gallen (KSSG), führte im

Bericht vom 21. Januar 2015 aus, der Versicherte beklage eine Ischialgie an der Oberschenkelrückseite bzw. am lateralen Fussrand links sowie zeitweise vorhandene Kreuzschmerzen. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht handle es sich am ehesten um eine Wurzelreizung S1 links. Im MRI zeige sich eine Restdiskushernie mit möglicherweise Nervenwurzelangieung S1 links (IV-act. 54). Dr. med. G.____, Innere Medizin FMH, empfahl im Arztbericht vom 5. Februar 2015 eine relativ rasche Reintegration in den Arbeitsprozess. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter sei der Versicherte seit 24. Juni 2014 zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 18-2 ff.). RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, nahm am 16. März 2015 Stellung, aufgrund der Angaben von Dr. G.____ sei davon auszugehen, dass ab 21. Januar 2015 in einer optimal rückenadaptierten Tätigkeit (Wechselbelastung, vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Zwangshaltungen) eine Arbeitsfähigkeit von 100% bestehe (IV-act. 23). Im Assessment vom 7. April 2015 führte der Versicherte aus, die Beschwerden seien nach der Operation schlimmer geworden. Er sei verzweifelt und aggressiv, könne kaum mehr aus dem Haus, fahre nicht mehr selbst Auto und verbringe die meiste Zeit liegend und schräg sitzend in seinem Zimmer. Da er oft aggressiv sei, ziehe er sich auch von seiner Familie zurück (IV-act. 35-1). Auf Ende Juni sei ihm die Stelle gekündigt worden (IV-act. 35-2; vgl. auch Arbeitszeugnis, IV-act. 93-64). Die Eingliederungsverantwortliche hielt fest, der Versicherte wirke verzweifelt, überfordert und dadurch gereizt und aggressiv. Der Leidensdruck sei enorm (Assessmentprotokoll vom 20. April 2015, IV-act. 35-3). Ein MRI (L)WS vom 30. April 2015 zeigte eine Rezidiv-/Resthernie LWK 5/SWK 1 links, postoperatives Narbengewebe mit Kompression bzw. Affektion von S1 links rezessal sowie eine aktivierte Osteochondrose LWK 5/SWK 1 (IV-act. 37). Am 5. Mai 2015 fand ein von der Krankentaggeldversicherung Visana initiiertes Assessment im Rahmen des Medbase Schmerzprogramms statt (IV-act. 41). Im entsprechenden Bericht wurde ausgeführt, die funktionelle Leistungsfähigkeit werde als sehr niedrig eingestuft. Der Versicherte zeige einen hohen Behinderungsgrad auf Basis seines chronischen Rückenleidens (Rücken/LWS-Behinderungsgrad 68%, IV-act. 41-12). Er habe sehr geringe Belastungstoleranzen bezüglich Stehen, Gehen und Sitzen. Das linke Bein werde wegen hoher Schmerzen nur gering belastet. Der Versicherte sei aufgrund seiner andauernden Schmerzsituation stark dekonditioniert. Belastungstests für Kraft und Ausdauer hätten wegen seiner intensiven Schmerzen nicht durchgeführt werden können. Es bestehe ein hohes Chronifizierungsrisiko. Medizinische und therapeutische Interventionen hätten bisher nicht geholfen (IV-act. 41-5). Der Versicherte leide unter sehr auffälligen Angst- und Depressionsstörungen aufgrund seiner biopsychosozialen Situation (IV-act. 41-6). Es wurden eine stationäre oder intensive ambulante Reha und ein engmaschiges Jobcoaching (Arbeitstraining zweiter Arbeitsmarkt oder ev. beim ehemaligen Arbeitgeber) empfohlen (IV-act. 41-7). Gemäss Bericht vom 27. Mai 2015 rieten die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates KSSG zu einer weiteren Operation (Re-Dekompression bzw. Re-Sequesterektomie L5/S1 links oder TLIF-Versorgung L5/S1; IV-act. 55). Die Eingliederungsverantwortliche schloss ihren Fall am 8. Juli 2015 ab, da sich der Versicherte für jede vorstellbare Tätigkeit subjektiv arbeitsunfähig fühle (IV-act. 42, 43; Mitteilung vom 13. Juli 2015, IV-act. 44). Der Versicherte trat am 29. Februar 2016 in die Rehaklinik I.____ ein. Er brach das Programm am 9. März 2016 ab. Im Austrittsbericht vom 15. März 2016 wurde festgehalten, im Verlauf sei es zu einer subjektiven Verstärkung der Schmerzproblematik gekommen. Dies habe ein aktives Training verunmöglicht. Der Versicherte habe sich ausser Stande gefühlt, die

aktiven Strategien anzuwenden und sei sich dabei hilflos und überfordert vorgekommen. Seine hohen Erwartungen hätten gemäss seiner Aussage nicht erfüllt werden können (IV-act. 79). Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte durch die Swiss Medical Assessment- and Business-Center (SMAB) AG, Bern, begutachtet (Gutachten vom 21. September 2016; Dr. med. J.____, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. K.____, Neurologie, Dr. med. L.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. M.____, Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen 3., 17. und 29. August 2016; IV-act. 93). Der orthopädische Gutachter diagnostizierte ein chronisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit mittelgradiger Funktionseinschränkung im Status nach mikrochirurgischer Dekompression L5/S1 am 23. Juni 2014 mit fortbestehender, kleiner Rest-/Rezidiv-Bandscheibenhernie LWK 5/SWK 1 mit residueller Wurzelirritation S1 links. Er führte aus, die Angaben zur Schmerzintensität seien klinisch orthopädisch nicht nachvollziehbar. Der Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg in Wechselbelastung, im Sitzen, Stehen und Gehen auszuführen. Tätigkeiten in Zwangshaltung (ständigem Vorbeugen) sowie unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte, Nässe und Zug sollten vermieden werden. Aus orthopädischer Sicht erkläre die Bildgebung wiederkehrende Rückenschmerzen, welche die Arbeitsfähigkeit aufgrund von reduziertem Arbeitstempo und Produktivität in einem Ausmass von 20% minderten, so dass die Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter und leidensadaptierter Tätigkeit 80% betrage (IV-act. 93-10 ff., 28). Der neurologische Gutachter diagnostizierte ebenfalls eine residuelle Wurzelirritation S1 links. Als einziger Befund finde sich ein links wohl als Folge der Operation abgeschwächter Achillessehnenreflex. Weder mit den beklagten Beschwerden noch mit der Arbeitsfähigkeit bestehe hier ein Zusammenhang. Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht zusätzlich beeinträchtigt (IV-act. 93-11, 46). Auf psychiatrischem Fachgebiet konnte keine Erkrankung festgestellt werden, die für die Arbeitsfähigkeit des Versicherten Relevanz besitzt (IV-act. 93-12). Mit der Begutachtung könne ein Radikulärsyndrom ausgeschlossen werden, so dass aus orthopädischer Sicht ab dem Begutachtungszeitpunkt eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolge, sie betrage aktuell 80%. Psychiatrisch sei eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit nicht zu begründen. Neurologisch und internistisch seien retrospektiv keine Gründe für eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit zu erkennen (IV-act. 93-13). RAD-Arzt Dr. H.____ nahm am 29. September 2016 Stellung, das Gutachten erfülle die versicherungsmedizinischen Anforderungen, aus versicherungsärztlicher Sicht könne die administrative Entscheidung darauf abgestützt werden (IV-act. 94). Mit Vorbescheid vom 30. September 2016 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 97). Mit Einwand vom 11. Oktober 2016 / 16. November 2016 liess dieser im Wesentlichen geltend machen, das Gutachten habe sich mit den Beurteilungen von Dr. F.____ und der Medbase nicht (ausreichend) auseinandergesetzt (IV-act. 98, 101). Die IV-Stelle tätigte diesbezüglich eine Rückfrage an die Gutachterstelle (22. November 2016, IV-act. 103). Die Gutachter nahmen am 30. November 2016 im Wesentlichen Stellung, somatisch kämen die Gutachter Orthopädie und Neurologie zum übereinstimmenden Untersuchungs- und Begutachtungsergebnis, dass das Ausmass der geklagten Schmerzen strukturell-anatomisch nicht zu begründen sei. Unabhängig davon, welche Massnahmen auch durchgeführt worden seien (periradikuläre Therapie, mikrochirurgische Dekompression vom 23. Juni 2014, ambulante Physiotherapie), habe sich im ganzen Krankheitsverlauf eine totale Unbeeinflussbarkeit der Beschwerden gezeigt. An den

Ausführungen und Beurteilungen des polydisziplinären Gutachtens vom 21. September 2016 werde festgehalten (IV-act. 105). Mit Eingabe (Ergänzung des Einwands) vom 8. März 2017 (IV-act. 110-1 ff.) reichte der Versicherte Berichte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 8. Februar 2017 (IV-act. 110-4 f.), 23. Dezember 2016 (IV-act. 110-6), 6. Dezember 2016 (IV-act. 110-7 f.) und vom 6. Juni 2016 (IV-act. 110-9) zu den Akten. RAD-Arzt Dr. med. N.____, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, nahm am 9. März 2017 zusammengefasst Stellung, die Berichte vom 6. und 23. Dezember 2016 und vom 8. Februar 2017 bestätigten die von den Gutachtern erhobenen Befunde (Rest-/Rezidivhernie, Schmerzsymptomatik, Persistenz der Irritation S1 links ohne sensomotorischen Ausfälle). Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich (IV-act. 111). Mit Verfügung vom 9. März 2017 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab. Nach erfolgter Operation und der nötigen Rehabilitationszeit habe sich der Gesundheitszustand soweit wieder verbessert, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80% vorliege. Aus versicherungsmedizinischer Sicht würden im Einwandverfahren keine wesentlichen Änderungen von Befunden oder Symptomen mitgeteilt, die nicht schon im Zeitpunkt des Vorbescheids vorhanden gewesen seien. Aus dem Einkommensvergleich resultiere in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von 20%. Der Versicherte habe deshalb keinen Rentenanspruch, unabhängig davon, ob er die angestammte Tätigkeit bei ganztägiger Anwesenheit mit einer attestierten Leistungsfähigkeit von 80% ausüben könne (IV-act. 112). Gegen die Verfügung vom 9. März 2017 lässt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. S. Teindel, am 11. April 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen, namentlich eine Invalidenrente, zu gewähren. Es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm eine befristete Invalidenrente zu gewähren. Weiter sei ihm (im nicht von der Rechtsschutzversicherung gedeckten Umfang) die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu bewilligen. Auf das SMAB-Gutachten sei infolge zahlreicher Mängel nicht abzustellen. Der psychiatrische Gutachter prüfe den Psychostatus nicht lege artis nach AMDP-System. Gemäss Assessmentbericht der Medbase seien mittels entsprechender Tests starke bis sehr starke ängstliche und depressive Symptome festgestellt worden. Nach den aktuellen Qualitätsleitlinien der SGPP für versicherungspsychiatrische Gutachten hätte die Beurteilung bzw. Einordnung der Beschwerden und Befunde sowie die versicherungsmedizinische Würdigung in Bezug auf frühere, auch anderslautende Beurteilungen und unter kritischer Würdigung früherer fachlicher Einschätzungen erfolgen müssen. Gemäss psychologischer Abklärung vom 7. Februar 2017 leide er an einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (Bericht Klinik für Psychosomatik KSSG vom 21. Februar 2017, act. G 1.3). Überdies habe die psychiatrische Untersuchung maximal 10 bis 15 Minuten gedauert und nicht, wie vom Gutachter festgehalten, 60 Minuten. Dass der Gutachter keine konkreten psychischen Symptome habe feststellen können, lasse sich neben der mangelhaften Befundaufnahme ohne Weiteres mit einer ungebührlich kurzen Untersuchungsdauer erklären. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der orthopädische Gutachter das Vorhandensein des Lasègue-Zeichens verneine, während dieses sowohl vor als auch nach der Begutachtung durch verschiedene Fachärzte bejaht worden sei. Dies lasse auf eine oberflächliche und mangelhafte Untersuchung schliessen.

Die Untersuchung habe nicht, wie vom Gutachter behauptet, 120, sondern maximal 60 bis 90 Minuten gedauert. Hätte der Gutachter den Befund korrekt erhoben, wäre die orthopädische Nachvollziehbarkeit der Schmerzproblematik ohne Weiteres zu bejahen gewesen. Dass er in seiner angestammten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig sei, sei aktenwidrig. Er könne lediglich noch leichte Tätigkeiten mit einer Hebe-/Traglast von maximal 10 kg ausführen. Er habe in seiner angestammten Tätigkeit regelmässig 25 kg schwere Lasten heben und tragen müssen. Bei Zugrundelegung einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit und eines in Anbetracht sämtlicher Umstände zu gewährenden Tabellenlohnabzugs von 25% resultiere ein Invaliditätsgrad von 68%. Selbst unter Zugrundelegung einer (zu hohen) Arbeitsfähigkeit von 80% ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 49%. Selbst wenn das SMAB-Gutachten beweiskräftig wäre, hätte er einen befristeten Rentenanspruch. Gemäss Gutachten sei von der seit April 2014 attestierten 100%-igen Arbeitsfähigkeit nicht abzuweichen. Erst ab dem Begutachtungszeitpunkt sei aus orthopädischer und polydisziplinärer Sicht eine andere Einschätzung erfolgt, wonach in leidensangepasster Tätigkeit eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Er habe somit vom 1. Februar 2015 bis 31. Oktober 2016 Anspruch auf eine ganze Rente. Die Beschwerdegegnerin sei von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, habe aber einen Rentenanspruch nicht geprüft (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das SMAB-Gutachten sei ausführlich abgefasst und dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Es sei nicht notwendig, dass sich der psychiatrische Befund auf das AMDP-System stütze. Die Behauptung des Beschwerdeführers, dass er während höchstens 15 Minuten exploriert worden sei, werde aufgrund der ausführlichen Angaben über die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen, die persönliche Anamnese und Befunde bestritten. Im Übrigen sei nicht die Dauer der Untersuchung massgebend, sondern ob das Gutachten inhaltlich vollständig und das Ergebnis schlüssig sei. Der Gutachter habe sich auch auf die umfassend erhobene Anamnese und die Vorakten abstützen können. Zudem sei er ausführlich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers eingegangen. Auch die Schilderung der Befundlage und die abschliessende Beurteilung nehme im psychiatrischen Konsilium einen breiten Raum ein. Demnach sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer vom psychiatrischen Gutachter ausführlich genug untersucht worden sei. Auf die im Assessmentbericht der Medbase enthaltene testpsychologische Beurteilung könne nicht abgestellt werden, da diese ausschliesslich auf Selbstangaben des Beschwerdeführers beruhe und nicht durch eine Arztperson vorgenommen worden sei. Gegen einen psychischen Leidensdruck spreche auch, dass der Beschwerdeführer keine psychiatrische Therapie in Anspruch nehme. Es ergäben sich keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer nicht gründlich orthopädisch untersucht worden sei. Der erwähnte Zeitaufwand von 120 Minuten sei angesichts der Ausführlichkeit des orthopädischen Konsiliums nachvollziehbar. Der orthopädische Gutachter gehe nachvollziehbar lediglich von einer mangelnden Dehnungsfähigkeit der ischiokruralen Muskulatur bei pseudoradikulärem Schmerzbild bei nicht positivem Lasègue aus. Mit ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung habe die SMAB AG die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers ausreichend berücksichtigt. Weil nicht ersichtlich sei, dass sich der Gesundheitszustand seit März 2015 bis zur Begutachtung wesentlich verändert habe, gelte die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung auch rückwirkend. Für den Beschwerdeführer geeignete Tätigkeiten seien etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf-

sowie Verpackungsarbeiten, leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung, eine Beschäftigung an einem Empfang oder als Telefonist sowie Kurier- und leichtere Lieferdienste. Weil die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von nur noch 80% in einer adaptierten Tätigkeit bereits berücksichtigt worden seien, sei ein so genannter Leidensabzug nicht gerechtfertigt. Bei einem resultierenden Invaliditätsgrad von 32% habe der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine IV-Rente (act. G 5). Die Abteilungspräsidentin des Versicherungsgerichts bewilligt dem Beschwerdeführer am 10. Mai 2017 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverbeiständung), soweit die Kosten nicht gemäss Schreiben vom 7. April 2017 (act. G 1.5) durch die Rechtsschutzversicherung gedeckt sind (act. G 6). Mit Replik vom 8. Juni 2017 bestreitet der Beschwerdeführer die Ausführungen in der Beschwerdeantwort, wonach das Gutachten nachvollziehbar sei. Das AMDP-System entspreche einem gutachterlichen Vorgehen nach dem derzeit wissenschaftlich anerkannten Standard. Selbstbeurteilungen, die im AMDP-System zahlreich vorhanden seien, seien für eine vollständige Befunderhebung unabdingbar, wenn auch anerkanntermassen nicht einzig darauf abgestellt werden könne. Dass die psychiatrische Exploration so lange gedauert habe wie im Konsilium festgehalten und dass der psychiatrische Gutachter ihn ausreichend untersucht habe, sei spekulativ. Die Stellungnahme der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 19. Mai 2017 (act. G 8.1) begründe ebenfalls konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung der SMAB-Gutachter. Der Bericht nenne konkrete, objektiv fassbare Aspekte, die den SMAB-Gutachtern entgangen zu sein schienen oder mit denen sie sich zumindest nicht befasst hätten. Die erwähnte neuropathische Komponente und die aktivierte Osteochondrose sowie die Nebenwirkungen der starken Medikation seien von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden. Die Gutachter und auch der RAD-Arzt hielten klar fest, dass die seit April 2014 bestehende 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bejaht werde. Das Valideneinkommen sei auf Fr. 77'467.-- festzusetzen (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik. Erwägungen 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). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie 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.). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 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). Umstritten ist die Beweistauglichkeit des Gutachtens der SMAB AG Bern vom 21. September 2016 (IV-act. 93), welches medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet. Der Beschwerdeführer schilderte anlässlich der Begutachtung ständige, linksseitige Rücken-/Beinschmerzen lumbal und muskuläre Verspannungen in der Brust-

und Lendenwirbelsäule, die er zeitweilig auch bis in den Halswirbelsäulenbereich verspüre. Der ins linke Bein ausstrahlende Schmerz habe einen brennenden und drückenden Charakter. Stehen führe zu einem Stechen im Rücken. Beim Gehen ziehe es über das linke Gesäss in die Kniekehle und von dort in die Ferse. Zur Schmerzentlastung bringe er sein komplettes Gewicht auf das rechte Gesäss und stütze sich mit der anderen Hand auf der Sitzfläche ab. Nebst dem Schmerz bestehe auch ein permanentes Taubheitsgefühl und ein "Ameisenlaufen". In der Kniekehle spüre er häufig ein Brennen. Die Beschwerden seien wetterabhängig (IV-act. 93-22, 32, 43). Der Beschwerdeführer erhob sich bei der orthopädischen Begutachtung mit Abstützen vom Stuhl, zeigte ein hinkendes Gangbild und entlastete im Stand das linke Bein (IV-act. 93-24). Der neurologische Gutachter notierte, beim spontanen Gang werde bei grosser Schrittlänge das linke Bein etwas nachgezogen (IV-act. 93-45). Der orthopädische Gutachter führte aus, die Rumpfmuskulatur erscheine dysbalanciert, das Aufrichten aus der Rückenlage in den Langsitz erfolge mit Abstützung. Die Rückenstrecker seien hyperten, insbesondere bestehe eine Druckschmerzhaftigkeit in den Segmenten L4/5 und L5/S1 beidseits. Die Dehnungsfähigkeit der ischiokruralen Muskulatur sei diskret eingeschränkt, die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei endgradig schmerzhaft eingeschränkt, insbesondere bestehe eine deutliche Einschränkung der Inklinationsfähigkeit. Die Einnahme des Langsitzes auf der Untersuchungsliege gelinge schmerzbedingt nicht (IV-act. 93-25). Lasègue und Bragard seien beidseits negativ. Es stelle sich ein Pseudo-Lasègue links bei 50° und rechts bei 60° positiv dar (IV-act. 93-26). Bis auf eine Reflexabschwächung links (ASR) lasse sich keine Defizit-Symptomatik nachweisen. Es handle sich vielmehr bei mangelnder Dehnungsfähigkeit der ischiokruralen Muskulatur um ein pseudoradikuläres Schmerzbild. Es werde fortbestehend eine Rest/Rezidivbandscheibe mit narbiger, rezessiver Ummauerung der Nervenwurzel S1 links und potentieller rezessaler Kompression beschrieben (vgl. auch MRI-Befund vom 6. Mai 2016, IV-act. 93-67). Das angegebene eingeschränkte Gehleistungsvermögen lasse sich bei freier Funktion der unteren Extremitätengelenke, regelrechter Kraftentwicklung der Beinmuskulatur bei seitengleichen Beinumfangen nicht erklären. Aus orthopädischer Sicht erkläre die Bildgebung wiederkehrende Rückenschmerzen (IV-act. 93-27 f.). Der neurologische Gutachter legte dar, der Beschwerdeführer beklage keine akut oder subakut einschliessenden Parästhesien in das linke Bein, wie es für eine Radikulopathie typisch sei. Bei der Prüfung des Lasègue-Zeichens werde sowohl im Liegen als auch im Sitzen ein Ziehen im unteren Beckenrand links angegeben. Der Lasègue sei auf beiden Seiten jedoch als negativ zu beurteilen (IV-act. 93-45). Auffällig am ganzen Krankheitsverlauf sei die totale Unbeeinflussbarkeit der Beschwerden durch die verschiedenen Therapiemassnahmen. Neurologisch finde man als einzigen Befund eine Differenz beim Achillessehnenreflex, welcher rechts normal und links wohl als Folge der Operation abgeschwächt sei und weder mit den geklagten Beschwerden noch mit der Arbeitsfähigkeit zusammenhänge. Die detailliert geprüfte Motorik sei überall normal, das gezeigte Hinken gehöre zu einer nicht organischen Pathologie. Die Symptomatik entspreche einem pseudoradikulären Bild. Die im MRI vom 6. Mai 2016 abgebildeten Befunde seien für das Beschwerdebild nicht verantwortlich (IV-act. 93-46). Dr. med. O. ____, Arzt der Klinik für Neurochirurgie des KSSG, hielt im Bericht vom 8. Februar 2017 fest, die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit gemischt nozizeptiv-neuropathischen Schmerzen sei bestätigt worden. In einer MRI der LWS vom 29. November 2016 habe sich neben den narbigen Veränderungen um die Wurzel S1 links eine kleinvolumige Rest- oder Rezidivhernie gezeigt. Sollten die konservativen interdisziplinären Massnahmen mittel- oder längerfristig

keine Wirkung zeigen, stünde entweder die Revisionsoperation der kleinen Rezidivhernie oder die Implantation eines Rückenmarkstimulators zur Linderung der S1-neuropathischen Symptomatik zur Diskussion. Aufgrund der persistierenden gemischten nozizeptiv-neuropathischen Schmerzen im Bein bzw. aufgrund des aktuellen klinischen Zustandes und des radiologischen Befundes sei der Beschwerdeführer in einer rückschonenden Tätigkeit 50% arbeitsfähig (50%-ige zeitliche Beschäftigung; IV-act. 110-4 f.). Die Stellungnahme der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 19. Mai 2019 (act. G 8.1) bestätigt die gutachterliche Diagnose hinsichtlich des Vorliegens einer Rest/Rezidivbandscheibenhernie LWK 5/SWK 1 mit residueller Wurzelirritation S1 und ergänzt sie bezüglich des Vorliegens einer neuropathischen Komponente und einer aktivierten Osteochondrose L5/S1. Der behandelnde Neurologe führt aus, das Wurzelreizsyndrom S1 sei auch im Verlauf der ganzen Krankengeschichte konsistent: keiner von den intervidierenden Ärzten habe die Beinschmerzen anders als eine Reizsymptomatik S1 je beschrieben. Aus dem Bericht geht weiter hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund der neuropathischen Beschwerdekomponekte die Medikamente Neurontin (Wirkstoff: Gabapentin, u.a. gegen neuropathische Schmerzen, vgl. www.compendium.ch) und Trittico erhalte (Stand Februar 2017), deren (Neben-)wirkung die Arbeitsfähigkeit zusätzlich reduzieren könne. Die von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 80% erscheine extrem optimistisch (act. G 8.1). Erstmals hatte Dr. D.____ im Bericht vom 1. September 2014 festgehalten, der Beschwerdeführer "habe eine klare L5-Radikulopathie, auch im Sinne von neuropathischen Beschwerden" (IV-act. 12-6). Im Assessmentbericht des Medbase Schmerzprogramms vom 5. Mai 2015 war eine Medikation mit Gabapentin 2 bis 3 x 300 mg vermerkt worden (IV-act. 41-9), was ebenfalls darauf schliessen lässt, dass schon zum damaligen Zeitpunkt vom Vorhandensein einer neuropathischen Schmerzkomponente ausgegangen wurde. Die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG hatten im Bericht vom 27. Mai 2015 ausgeführt, von einer erneuten Operation (Re-Dekompression bzw. Re-Sequesterektomie L5/S1 links) sei im besten Falle eine Beschwerdeverbesserung der S1ner-Klinik links zu erwarten. Wäre für den Beschwerdeführer auch der Kreuzschmerz problematisch, müsste man über eine TLIF-Versorgung L5/S1 von links nachdenken (IV-act. 55). Dem orthopädischen und dem neurologischen Gutachter war folglich bekannt, dass die behandelnden Ärzte des KSSG (bezüglich der Schmerzausstrahlungen ins linke Bein) von einer neuropathischen Schmerzkomponente ausgingen und zu einer erneuten Operation rieten. Die nach der Begutachtung verfassten Berichte von Dr. O.____ vom 8. Februar 2017 (IV-act. 110-4 f.) und vom 19. Mai 2017 (act. G 8.1) beantworten im Wesentlichen die Frage, ob die im MRI vom 30. April 2015 (IV-act. 37) und vom 6. Mai 2016 (IV-act. 93-65) sichtbare Kompression bzw. Affektion der Nervenwurzel S1 die vom Beschwerdeführer geschilderten ins linke Bein ausstrahlenden Schmerzen zu erklären vermag, abweichend von den Gutachtern. Dr. O.____ verweist zur Objektivierung auf die Konsistenz der Beurteilung im Verlauf der Krankengeschichte (act. G 8.1). In diesem Zusammenhang ist auch auf den (undatierten) Verlaufsbericht der Physiotherapeutin hinzuweisen, wonach der Beschwerdeführer die Schmerzen dermatombezogen und sehr präzise beschreibe (IV-act. 93-61). Demgegenüber kam der orthopädische Gutachter gestützt auf die klinische Untersuchung zusammengefasst zum Schluss, es bestehe ausschliesslich ein abgeschwächter ASR-Reflex links, welcher nicht zu objektivieren vermöge, dass die im MRI sichtbare Irritation der Nervenwurzel S1 die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden verursache. Der Beschwerdeführer bringt im

Wesentlichen vor, die Untersuchung durch den orthopädischen Gutachter sei nicht lege artis erfolgt. Er verweist dazu auf die in vorgängigen und nachträglichen Untersuchungen abweichenden Ergebnisse des Lasègue-Tests sowie darauf, dass die Untersuchung nicht wie im Gutachten angeführt 120, sondern lediglich 60 bis 90 Minuten gedauert habe. Ein positives Lasègue-Zeichen liegt vor, wenn die Anhebung des gestreckten Beines einen blitzartig einschliessenden Schmerz in Gesäss und Bein verursacht und weist vor allem auf einen Bandscheibenvorfall hin (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin 2017, S. 1020). Der Test war am 20. Januar 2015 positiv ausgefallen (Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, KSSG, vom 21. Januar 2015, IV-act. 54). Auch im Medbase-Assessment wurde ein beidseits positives Ergebnis erhoben mit Angabe von Brennen im Gesäss links beim Heben des linken Beines (SLR [Straight leg raise], IV-act. 41-9). Der orthopädische Gutachter notierte einen beidseits negativen Lasègue und einen Pseudo-Lasègue bei 50° links und bei 60° rechts (IV-act. 93-26). Der neurologische Gutachter protokollierte, bei der Prüfung des Lasègue-Zeichens werde sowohl im Liegen als auch im Sitzen ein Ziehen am hinteren Beckenrand angegeben. Der Lasègue sei auf beiden Seiten jedoch als negativ zu beurteilen (IV-act. 93-45). Am 6. Dezember 2016 vermerkte die Klinik für Neurochirurgie einen "Lasègue endgradig nur mit Kreuzschmerzen positiv". Die Testergebnisse sind offenbar nicht eindeutig. Die Darstellung der orthopädischen Anamnese und Befunde entspricht dem für MEDAS-Gutachten üblichen Umfang und Detailliertheitsgrad und lässt nicht darauf schliessen, dass die Untersuchung nicht lege artis erfolgt sein soll. Sodann kam auch der neurologische Gutachter zum Schluss, dass keine radikuläre Beschwerdekomponekte vorliege und begründete dies nicht nur mit dem negativ ausgefallenen Lasègue-Test, sondern auch mit dem Charakter der beschriebenen Beschwerden (keine akut oder subakut "einschiessenden" Parästhesien). Somit ist zwar durch die MRI-Untersuchungen eine Reizung der Nervenwurzel S1 durch die Rest-/ Rezidivhernie bzw. das durch die Operation entstandene Narbengewebe bildgebend objektiviert, und die gestellte Indikation für eine erneute Operation zeigt, dass der behandelnde Dr. O.____ davon ausgeht, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Ausstrahlungen ins linke Bein und die dadurch verursachten Schwierigkeiten beim Gehen und Stehen durch die besagte Wurzelirritation verursacht werden. Klinisch liessen sich diese Beschwerden indes nicht objektivieren. Sie schränken daher die invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsfähigkeit nicht ein, denn massgebend hierfür sind die klinischen Auswirkungen eines bildgebenden oder apparativen Befundes. Was die von Dr. O.____ weiter angeführte Osteochondrose L5/S1 anbelangt (act. G 8.1), ist diese bereits im MRI-Befund vom 30. April 2015 dokumentiert (IV-act. 37) und wurde vom orthopädischen Gutachter berücksichtigt, wenn auch nicht kommentiert (vgl. IV-act. 93-21). Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass es sich bei den Berichten der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates bzw. der Klinik für Neurochirurgie des KSSG um von den Gutachtern abweichende diagnostische Beurteilungen handelt, nicht aber um objektivierete medizinische Aspekte, die von den Gutachtern nicht (ausreichend) berücksichtigt wurden und schliesslich eine andere (tiefere) Einschätzung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würden. Zudem stimmen die vom neurologischen und orthopädischen Experten anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde überein, was die Beweistauglichkeit noch verstärkt. Der psychiatrische Gutachter erhob anamnestisch, der Versicherte verneine jegliche psychische Mitverursachung seiner Beschwerden und mehrfach Auswirkungen seiner Beschwerden auf seine Psyche. Die von der Medbase im Mai 2015 angenommene Angst und Depression seien für ihn überhaupt

nicht nachvollziehbar. Sein Verhalten gegenüber seinem sozialen Umfeld habe sich nicht verändert, er sei vor allem nicht gereizt oder aggressiv. Nur wenn er Schmerzen habe, wolle er seine Ruhe haben (IV-act. 93-35). Der Beschwerdeführer rügt eine unzureichende Befunderhebung. Gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP hat die Untersuchung im Rahmen des Gutachtens ausführlich und für die geklagten Beschwerden sowie für die Fragestellung umfassend zu sein. Ein ausführlicher klinisch-psychiatrischer Befund ist obligatorisch, einschliesslich einer Beschreibung vorhandener psychopathologischer Befunde unter Verwendung des AMDP-Systems. Erläuternd wird weiter ausgeführt, das klassische AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie 2016) werde zur allgemeinen (orientierenden) Befunderhebung empfohlen (G. Ebner, E. Colomb, R. Mager, R. Marelli, F. Rota, Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten - Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, SZS 05/201, S. 454). Die genannten Qualitätsrichtlinien haben nicht verbindlich-behördlichen Charakter, sondern formulieren den fachlich anerkannten Standard für eine sachgerechte, rechtsgleiche psychiatrische Begutachtungspraxis in der Schweiz (Urteil des Bundesgerichts vom 12. September 2017, 8C_433/2017, E. 3.4.1). Der psychiatrische Befund umfasst die Bereiche Erscheinen, Äusseres, Kontaktverhalten, Aufmerksamkeit und Konzentration, Orientierung, Denken, Sprache, Sprechen und Wahrnehmung, Gedächtnis, Ich-Bewusstsein, Intelligenz, Wille und Antrieb, Psychomotorik, Affektivität, Zwänge und Phobien, Persönlichkeit, Realitätsorientierung, Motivation und Grundbedürfnisse (IV-act. 93-35 ff.) und hat einen Umfang von zwei Seiten. Die Befundwiedergabe entspricht auch hier dem für MEDAS-Gutachten Üblichen und ist nicht zu beanstanden und lässt überdies zusammen mit der dokumentierten Anamnese eine lediglich zehn- bis fünfzehnminütige Dauer des Untersuchungsgesprächs nicht plausibel erscheinen. Entgegen der Annahme des Beschwerdeführers wird sodann im Gutachten nicht eine Untersuchungsdauer von 60 Minuten festgehalten, sondern einzig der für das Gutachten verwendete Zeitaufwand (vgl. IV-act. 93-35). Im Übrigen unterliegt die Dauer der Untersuchung grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteile des Bundesgerichts vom 12. September 2017, 8C_433/2017, E. 3.4.1, vom 11. Mai 2010, 9C_246/2010, E. 2.2.2 und vom 6. November 2009, 9C_664/2009, E. 3). Der psychiatrische Gutachter führte aus, konkrete psychische Symptome mit Krankheitswert fänden sich in den vorliegenden Unterlagen nicht und seien beim Beschwerdeführer auch nicht zu erfragen. Zwar falle sein erheblicher Widerstand gegen eine mögliche psychiatrische bzw. psychische Mitverursachung für die Wahrnehmung der Intensität seiner Beschwerden und die Möglichkeit von psychischen Folgen der zweijährigen Krankheitsgeschichte bei ihm auf. Dennoch seien seine Angaben schlüssig und konsistent und somit glaubhaft. Auch der psychopathologische Querschnitt im Rahmen der Exploration lasse keinerlei Auffälligkeiten mit Krankheitswert erkennen (IV-act. 93-37 f.). Der psychiatrische Experte äussert sich allerdings nicht dazu, weshalb keine andauernde somatoforme Schmerzstörung vorliege. Bei der somatoformen Schmerzstörung ist die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, die schwer genug sein sollten, um als entsprechender ursächlicher Faktor

gelten zu können (H. Dilling/H.J. Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl., Bern 2014, S. 195). Hinweise für eine Konflikt- oder Belastungssituation, welche die Schmerzen ausgelöst haben könnte, lassen sich den Akten nicht entnehmen. Insofern erscheint nachvollziehbar, dass die Diagnose nicht gestellt wurde. Zum funktionellen Schweregrad führt der Gutachter aus, psychiatrisch relevante Befunde könnten nicht genannt werden. Ein Ansatz für eine psychiatrische Behandlung sei nicht feststellbar und werde vom Beschwerdeführer abgelehnt. Er nehme regelmässig physiotherapeutische Behandlung in Anspruch und habe auch Therapieansätze auf eigene Kosten durchgeführt. Solange es nicht zu einer subjektiv wesentlichen Besserung der Schmerzsymptomatik bzw. Schmerzwahrnehmung beim Versicherten komme, dürften Eingliederungsversuche nicht erfolgreich sein (IV-act. 93-38). Der Beschwerdeführer empfindet seine Schmerzen als invalidisierend. Er benutzt nach eigener Aussage Gehstöcke (IV-act. 93-22, 23, 43) und sei nicht in der Lage, die dreijährige Tochter zu betreuen (IV-act. 93-34). Die Schmerzintensität sei sehr hoch (IV-act. 93-22). Trotz Infiltrationen und einem Sakralblock habe keine Linderung erzielt werden können (IV-act. 93-23, 33; vgl. auch IV-act. 93-46, wo der neurologische Gutachter die Unbeeinflussbarkeit der Beschwerden durch verschiedene Therapiemassnahmen als auffällig bezeichnete). Subjektiv ist somit von einem hohen funktionellen Schweregrad auszugehen. Invalidenversicherungsrechtlich sind jedoch rein subjektive Beschwerden nicht ausreichend, vielmehr sind auch Beschwerden ohne objektivierendes organisches Korrelat nur insoweit massgebend, als sie einer fachärztlich gestellten Diagnose zugeordnet werden können (vgl. BGE 131 V 50, E. 1.2; BGE 130 V 399 E. 5.3.2 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Daran fehlt es vorliegend (noch) weitgehend. Insbesondere wurde keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Folglich können die geklagten Beschwerden für die Beurteilung des funktionellen Schweregrads lediglich berücksichtigt werden, soweit sie gemäss orthopädischem Gutachten objektiviert sind. Dies betrifft die Rückenschmerzen, nicht aber die Beschwerden im linken Bein (IV-act. 93-28; vgl. auch Stellungnahme der Gutachter vom 30. Dezember 2016, IV-act. 105-1). Die Persönlichkeit des Beschwerdeführers wird vom psychiatrischen Gutachter als unauffällig beschrieben (IV-act. 93-37), was nachvollziehbar erscheint, da sich in den medizinischen Akten keine dagegen sprechenden Anhaltspunkte finden. Weitere somatische (und auch psychische) Komorbiditäten liegen nicht vor (IV-act. 93-39). Daran ändern auch die Angaben der Psychologin im zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellten Assessment bei der Medbase nichts. Zumal das Assessment keine Qualität eines versicherungsmedizinischen Gutachtens hat und die Einschätzung auch nicht von einer Arztperson vorgenommen wurde. Zu den Ressourcen lässt sich dem psychiatrischen Gutachten Folgendes entnehmen: Die Integration in seine Wahlheimat Schweiz sei dem Beschwerdeführer gelungen. Er verfüge über gute Ressourcen in den komplexen Realitätsprüfungen, der Urteilsbildung, der Beziehungsfähigkeit, der Kontaktgestaltung und der Interaktionskompetenz. Eine Beeinträchtigung der Affektstörung (richtig wohl: des Affekts) liege nicht vor. Selbstwertregulation, Intentionalität, Antrieb und Regressionsfähigkeit seien ausreichend erhalten. Der Beschwerdeführer sei durchaus in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren. In Anlehnung an die Mini-ICF sei er aus psychiatrischer Optik in der Lage, jegliche seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand angemessene Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Das soziale Umfeld sei intakt und werde von ihm gepflegt (IV-act. 93-39). Der geschilderte soziale

Rückzug bzw. das gegenüber früher reduzierte Aktivitätsniveau erklärt sich mit der subjektiven Beschwerdesymptomatik (IV-act. 93-39). Der Beschwerdeführer beantwortete die vom psychiatrischen Gutachter gestellten Fragen offen und ohne erkennbare Vorbehalte mit unauffälliger Antwortlatenz. Es hätten sich keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation ergeben (IV-act. 93-35). Der Leidensdruck sei spürbar, der Beschwerdeführer fordere medizinische Therapievorschlüsse ein; lediglich eine erneute Operation lehne er ab (IV-act. 93-39). Die stationäre Reha in der Rehaklink I. ___ hat er jedoch aus nicht wirklich nachvollziehbaren Gründen bzw. wegen einer rein subjektiv empfundenen Verstärkung der Schmerzproblematik abgebrochen (IV-act. 79). Diskrepanzen zwischen den vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden einerseits und seinen geschilderten Aktivitäten andererseits sowie zwischen einzelnen Aktivitätsbereichen sind im ganzen Aktenverlauf nicht erkennbar. Die Konsistenz der geltend gemachten Schmerzen wird auch vom behandelnden Dr. O. ___ hervorgehoben (act. G 8.1). Erst recht ist im Umfang, in dem sie klinisch objektivierbar sind, von gegebener Konsistenz bzw. von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen auszugehen (vgl. für den psychiatrischen Bereich IV-act. 93-39). Nach dem Gesagten beruht das Gutachten auf ausreichenden Abklärungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden und vorhandenen Akten in genügender Weise. Es orientiert sich am strukturierten Beweisverfahren bzw. an den dafür massgebenden Standardindikatoren. Dass die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 80% attestieren, wogegen der behandelnde Dr. O. ___ diese auf lediglich 50% schätzt, erscheint nachvollziehbar, da Letzterer auch die lediglich subjektiven Beschwerden berücksichtigt, die von den Gutachtern diagnostisch nicht objektiviert werden konnten (namentlich die ausstrahlenden Schmerzen im linken Bein). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer diverse Behandlungsmöglichkeiten nach wie vor nicht ausschöpft. Schliesslich ist mit der Beschwerdegegnerin bei der Würdigung der Einschätzungen behandelnder und begutachtender Ärzte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Funktion als Hausärzte sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen). Sie stehen in auftragsrechtlichem Verhältnis zur versicherten Person. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (BGE 135 V 470, E. 4.5). Das Gutachten der SMAB AG Bern vom 21. September 2016 ist somit beweistauglich. Damit ist in einer körperlich leichten Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg in Wechselbelastung (Sitzen, Gehen, Stehen) von einer Arbeitsfähigkeit von 80% auszugehen (IV-act. 93-12, 28). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG begann vorliegend im April 2014 (IV-act. 10-8 ff.; IV-act. 9) und war entsprechend (frühestens) im April 2015 vollendet. Der Beschwerdeführer meldete sich im August 2014 zum Leistungsbezug an, so dass die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG zu jenem Zeitpunkt bereits erfüllt war. Ein allfälliger Rentenanspruch besteht somit ab 1. April 2015. Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führte der orthopädische Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei seit April 2014 fortlaufend zu 100% arbeitsunfähig. Mit der aktuellen Begutachtung könne ein Radikulärsyndrom ausgeschlossen werden, so dass ab dem Begutachtungszeitpunkt eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolge. Für den retrospektiven Verlauf der

Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit gelte das zuvor Gesagte (IV-act. 93-13, 28 f.). Damit besagt der Gutachter im Wesentlichen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung in Abweichung zu früheren Beurteilungen keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende radikuläre Symptomatik bestand. Er beantwortet damit aber die Frage nicht, wie es sich damit bis zur Begutachtung verhielt. Von einer weiteren Abklärung der retrospektiven Arbeitsfähigkeit sind keine schlüssigen Ergebnisse mehr zu erwarten, so dass bezüglich der retrospektiven Arbeitsfähigkeit auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte abzustellen ist. Dr. G.____ attestierte dem Beschwerdeführer für die bisher ausgeübte Tätigkeit am 9. November 2015 eine seit 23. April 2014 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 57-4). RAD-Arzt Dr. H.____ führte in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2016 aus, aufgrund der vorliegenden Unterlagen könnten der Gesundheitszustand, der Erkrankungsverlauf und die Arbeitsfähigkeit nicht konklusiv beurteilt werden (IV-act. 84). Zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit äusserte sich einzig Dr. O.____ im Bericht vom 8. Februar 2017 und schätzte diese auf 50% (IV-act. 110-4 f.). Er begründete dies (unter anderem) mit den persistierenden gemischten nozizeptiv-neuropathischen Schmerzen im Bein. Diese hat der orthopädische Gutachter bei seiner Einschätzung mangels klinischer Objektivierbarkeit nicht berücksichtigt (vgl. auch die entsprechenden Ausführungen dazu in E. 3.5, letztes Drittel). Zwar ist eine Änderung des Gesundheitszustandes zwischen dem 1. April 2015 und der Begutachtung im August 2016 aus den Akten nicht ersichtlich. Dennoch ist aufgrund dessen, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter ausdrücklich erst ab dem Begutachtungszeitpunkt gilt, rückwirkend mit Dr. O.____ davon auszugehen, dass die radikuläre Schmerzsymptomatik zunächst objektivierbar war und die Arbeitsfähigkeit auf 50% beschränkte. Eine höhere Arbeitsfähigkeit in rückenadaptierten Tätigkeiten bleibt indes beweislos. Zusammenfassend ist daher vom 1. April 2015 bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im August 2016 von einer 50%-igen und ab dem Zeitpunkt von einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen. Auf die rückwirkende Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 ATSG i.V.m. Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis, BGE 109 V 125 E. 4a). Wird rückwirkend eine derartige Rente zugesprochen, sind daher einerseits der Moment des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden zeitlichen Vergleichsgrössen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2010, 8C_468/2010, E. 2, sowie vom 25. Mai 2010, 8C_834/2009, E. 2 mit Hinweis). Ist, wie vorliegend, auf Grund eines Gutachtens überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Gesundheitszustand verbessert hat, nicht aber ersichtlich, in welchem Zeitpunkt diese Besserung stattgefunden hat, so kann es sich jedoch rechtfertigen, die Rente bereits auf den Zeitpunkt der Begutachtung hin herabzusetzen oder aufzuheben (Urteile des Bundesgerichts vom 16. Mai 2019, 9C_687/2018, E. 2, und vom 10. Februar 2012, 8C_670/2011, E. 5.1 mit Hinweisen). Das Einkommen des Beschwerdeführers betrug ab 1. Januar 2014 Fr. 77'467.-- (13 x Fr. 5'959.--, Lohnjournal, IV-act. 10-25). Da unbestritten anzunehmen ist, dass er im Gesundheitsfall weiterhin an seinem damaligen Arbeitsplatz geblieben wäre, entspricht dies dem Valideneinkommen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen). Für die Berechnung des Invalideneinkommens ist vom Durchschnittseinkommen, Kompetenzniveau 1, Männer gemäss Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) auszugehen. Es beträgt für das Jahr 2014 Fr. 66'453.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019,

Anhang 2). Vom 1. April 2015 bis 30. August 2016 beträgt das Invalideneinkommen bei 50%-iger Arbeitsfähigkeit Fr. 33'227.--. Aufgrund teilzeitlicher Tätigkeit ist ein Tabellenlohnabzug von 6% (1 - [Fr. 5'714.-- : Fr. 6'069.--]) zu gewähren (vgl. BFS, Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, 2014, Männer ohne Kaderfunktion, Pensum 50% - 74%). Ein weiterer Tabellenlohnabzug lässt sich nicht begründen, da die gesundheitlichen Beeinträchtigungen vollumfänglich in die Arbeitsfähigkeitsschätzung eingeflossen sind und auch keine invaliditätsfremden Faktoren wie fortgeschrittenes Alter, fehlende Integration etc. vorliegen, welche sich lohnsenkend auswirken. Somit beträgt das Invalideneinkommen für diesen Zeitabschnitt Fr. 31'233.-- (0,94 x Fr. 33'227.--). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 77'467.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von 59,7% ([Fr. 77'467.-- - Fr. 31'233.--] : Fr. 77'467.--). Der Beschwerdeführer hat vom 1. April 2015 bis 31. August 2016 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (zur Rundung: BGE 130 V 123 f., E. 3.2 f.). Ab 1. September 2016 beläuft sich das Invalideneinkommen bei 80%-iger Arbeitsfähigkeit auf Fr. 53'162.-- (0,8 x Fr. 66'453.--). Ein Teilzeitabzug ist nicht geschuldet, da gemäss orthopädischem Gutachten nicht die zumutbare Arbeitszeit, sondern das Rendement vermindert ist (IV-act. 93-28; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 5.3). Der Invaliditätsgrad beträgt somit 31 % ([Fr. 77'467.-- - Fr. 53'162.--] : Fr. 77'467.--). Ab 1. September 2016 besteht daher kein Rentenanspruch mehr. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer befristet vom 1. April 2015 bis 31. August 2016 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerde lediglich teilweise betreffend einen rückwirkenden befristeten Rentenanspruch gutgeheissen wird und die verbleibende Erwerbsdauer noch lange ist, ist von einem Obsiegen zu einem Viertel auszugehen. Dem teilweisen Obsiegen entsprechend bezahlt die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr im Umfang von Fr. 150.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 450.--. Zuzugabe unentgeltlicher Rechtspflege ist der Beschwerdeführer von der Bezahlung seines Anteils an der Gerichtsgebühr zu befreien. Da der Beschwerdeführer teilweise obsiegt, hat er einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Bei vollständigem Obsiegen wäre eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Wegen des nur teilweisen Obsiegens erscheint eine Parteientschädigung von einem Viertel von Fr. 3'500.--, also Fr. 875.--, als gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer somit eine Parteientschädigung von Fr. 875.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die restlichen Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers, soweit diese nicht durch die Rechtsschutzversicherung gedeckt sind (vgl. act. G 1.5 und act. G 6). Die bei vollständigem Obsiegen zu gewährende zusätzliche Parteientschädigung von Fr. 2'625.-- wird zu 30%, d.h. im Betrag von Fr. 787.50 von der Rechtsschutzversicherung übernommen (act. G 1.5). Der verbleibende Anteil des Honorars von Fr. 1'837.50 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. 1'470.-- (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 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und dem Beschwerdeführer befristet vom 1. April 2015 bis 31. August 2016 eine Dreiviertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 150.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 450.--. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung seines Anteils an der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 450.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 875.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 1'470.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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