

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/203 vom 19. Dezember 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_203

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/203 du 19 décembre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/203 del 19 dicembre 2019

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Der Beschwerdeführer leidet seit dem jungen Erwachsenenalter an einem Schmerzsyndrom der Brustwirbelsäule. Als ihm seine Arbeitsstelle nach über 20-jähriger Betriebszugehörigkeit gekündigt wurde, exazerbierte dieses und es kam eine mittelgradige depressive Symptomatik hinzu. Das MEDAS-Gutachten äussert sich zu den Standardindikatoren des hier anwendbaren strukturierten Beweisverfahrens genügend und nachvollziehbar. Es ist demnach von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, die invalidenversicherungsrechtlich relevant ist. Da der Beschwerdeführer am bisherigen Arbeitsplatz von den Erwartungen des verjüngten Management überfordert war, ist das Valideneinkommen nach Tabellenlohn zu bestimmen. Weil die bisherige Tätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % noch möglich ist, ist ein Prozentvergleich vorzunehmen. Alter, langjährige Betriebszugehörigkeit mit enttäuschendem Abschluss und sich daraus ergebende Umstellungsschwierigkeiten begründen einen Tabellenlohnabzug von höchstens 15 %. Somit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Dezember 2019, IV 2017/203).

Volltext

Entscheid vom 19. Dezember 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Miriam Lendfers und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2017/203 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 15. September 2014 bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung (IV-act. 1) und am 2. Oktober 2014 wegen Erschöpfungsdepression und chronischen Schmerzzustandes zum Leistungsbezug an (IV-act. 5). Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Arztbericht vom 7. November 2014 fest, der Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Dieses habe sich rückblickend nicht zuletzt vor dem Hintergrund anhaltender Belastungen am Arbeitsplatz ausgebildet. Zudem bestünden seit ca. 20 Jahren Schmerzen an der BWS. Deren Ätiologie bzw. eine somatische Ursache habe bisher noch nicht festgestellt werden können. Seit dem Erstgespräch am 16. Mai 2014 sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 17). RAD-Arzt Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 13. November 2014 Stellung, gemäss Telefonat/Bericht Dr. B.____ könne ab Januar 2015 in der bisherigen Tätigkeit an einem anderen Arbeitsplatz und in einer adaptierten Tätigkeit mindestens von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit, steigerbar, ausgegangen werden. Der

Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in der Stellensuche eingeschränkt (IV-act. 18). Am 12. Dezember 2014 berichtete Dr. B. ___ unter anderem über ein gutes Ansprechen der depressiven Symptomatik auf das Medikament Valdoxan (Agomelatin; IV-act. 100-9 f.). Die Arbeitgeberin, die D. ___ AG, bei der der Versicherte seit 1988 angestellt und als Baukaufmann tätig war, erklärte sich gegenüber der IV bereit, die Kosten eines Outplacements zu übernehmen (IV-act. 34) und kündigte das Arbeitsverhältnis am 17. Dezember 2014 auf den 31. März 2015 (Kündigung, IV-act. 36; Arbeitszeugnis vom 21. Januar 2015, IV-act. 45). Die IV-Stelle sprach dem Versicherten daraufhin ein Coaching bei E. ___ AG sowie Arbeitsvermittlung zu (Mitteilungen vom 19. Dezember 2014, IV-act. 39 f.). Das Coaching wurde ohne Vermittlung im ersten Arbeitsmarkt abgeschlossen, nachdem der Versicherte ab 22. Juni 2015 aufgrund seiner Schmerzen wieder zu 100 % krank geschrieben worden war. Der Verantwortliche F. ___ hielt im Schlussbericht vom 3. November 2015 fest, der Versicherte habe sich durch die Entlassung ungerecht behandelt gefühlt. Er sei schwer vermittelbar, da er sich nicht habe verändern müssen und seine berufliche Identität ausschliesslich auf die Firma D. ___ beziehe. Er habe grosse Defizite im Umgang mit MS Office, für die Arbeit in einem Bürobetrieb wäre eine Umschulung am PC unabdingbar. In seinen persönlichen Kompetenzen sei er durch die Beschränkung des Denkens auf die Verarbeitung der Kündigung eingeschränkt gewesen. Er habe berichtet, dass in letzter Zeit keine Arbeiten im Team stattgefunden hätten. Es hätten sich zu viele Einschränkungen gezeigt, um eine reguläre Arbeitsvermittlung abzuwickeln. Der Versicherte könne ohne besonderen Vorkehrungen nicht vermittelt werden (IV-act. 87). Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde der Versicherte durch Dr. med. G. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersucht. Dieser kam im Bericht vom 3. Juli 2015 (IV-act. 83-5 ff.) zum Schluss, im letzten Jahr habe sich der Zustand gebessert. Aktuell könne in Übereinstimmung mit Dr. B. ___ eine besserungsfähige mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) diagnostiziert werden (IV-act. 83-10). Eine Verminderung der Konzentration respektive der Aufmerksamkeit, eine Verminderung des Selbstwertgefühls, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven oder eine Suizidalität seien aktuell nicht mehr nachweisbar. Während einer Übergangsfrist bis Ende Juli 2015 sei von einer 50 %igen, danach von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die chronische Schmerzsymptomatik sei derzeit noch unklar, wobei eine Abklärung in der Schmerzklinik des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vorgesehen sei. Inwiefern durch die Schmerzsymptomatik allenfalls die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sein werde, könne vorher nicht beurteilt werden (IV-act. 83-11 f.). Im Schmerzzentrum des KSSG wurde ein chronisches multitopes Schmerzsyndrom, Chronifizierungsstadium II nach Gebershagen (thorakovertebrale und lumbospondylogene Schmerzen, Schmerzen linke Ferse; yellow flags: psychosoziale Belastungssituation, Arbeitsplatzverlust, Depression, im April 2014 Burnout, permanenter Schmerz, sozialer Rückzug; Ressourcen: Partnerschaft, Religionsgemeinschaft) diagnostiziert bei bildgebend (MRI HWS/BWS vom Januar 2013) festgestellten altersentsprechenden degenerativen Veränderungen in Form von multisegmentalen Osteochondrosen der Segmente HWK 3/4 bis HWK 6/7 mit dezente breitbasigen Bandscheibenprotrusionen sowie beginnender bilateraler Einengung der Neuroforamen im Segment HWK 5/6 bei bilateraler Unkovertebralarthrose und dezente Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten BWK 2/3 und 4/5 ohne abgrenzbaren Bandscheibenvorfall (Bericht Erstkonsultation vom 18. August 2015 vom 8. September 2015; IV-act. 92-1 ff.; vgl. auch Arztbericht Dr. H. ___, Ärztin Palliativzentrum KSSG, vom

13. Oktober 2015, IV-act. 82, und Bericht Schmerzzentrum KSSG vom 21. Oktober 2015, IV-act. 91). In der Klinik für Psychosomatik des KSSG wurde eine rezidivierende depressive Störung mit Status nach Burnout 2014, aktuell vordergründig Antriebsverlust (ICD-10: F33.0), diagnostiziert. Es wurde festgehalten, der Versicherte besorge den ganzen Haushalt mit erforderlichen Pausen. Die Schmerzen hätten seit fünf Jahren bzw. seit dem Burnout deutlich zugenommen. Der Versicherte beschreibe leichte depressive Stimmungslagen nur kurzfristig bei Schmerzattacken, ansonsten habe sich die depressive Symptomatik seit dem Burnout wieder zurückgebildet. Oft könne er sich nicht aufraffen und verliere schnell die Motivation. Er sei sehr motiviert für eine Behandlung am Schmerzzentrum (progressive Muskelentspannung etc.; Bericht vom 9. November 2015, IV-act. 100-11 f.). Mit Mitteilung vom 25. November 2015 wies die IV-Stelle das Begehren um (weitere) berufliche Massnahmen ab, da diese nicht zielführend seien (IV-act. 96). Der Eingliederungsverantwortliche hatte die Eingliederung am 5. November 2015 eingestellt, da der Versicherte in seiner Schuldzuweisung an die ehemalige Arbeitgeberin verharre, die Ausbildungsressourcen nicht mehr zeitgemäss seien und die Gelegenheit zu deren Aufarbeitung nicht wahrgenommen worden sei. Daher seien eine Vermittelbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr gegeben und weitere Eingliederungsmassnahmen zwecklos (Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, IV-act. 88). Nachdem weitere medizinische Unterlagen vorlagen (Arztbericht Dr. med. I.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 21. Dezember 2015, IV-act. 100-1 ff.; Arztbericht Dr. B.____ vom 29. Januar 2016, IV-act. 103; Berichte Schmerzzentrum KSSG vom 7. April 2016, IV-act. 110, und vom 10. August 2016, IV-act. 127-45 ff.), wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle am Swiss medical assessment- and business-center (SMAB) AG bidisziplinär begutachtet (Gutachten vom 6. Oktober 2016; Rheumatologie Dr. med. J.____; Psychiatrie Dr. med. K.____; Untersuchungen 11. und 17. August 2016; IV-act. 127). Die Gutachter diagnostizierten als Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10: F43.1), ein chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei geringgradigen degenerativen Veränderungen der BWS (MRI vom 19. August 2016) sowie eine Arthrose im OSG links, Status nach Entfernung Hyperostose 2014 (IV-act. 127-10). Die Pathogenese der beklagten heftigen thorakalen Rückenschmerzen sei auch aktuell unklar geblieben (IV-act. 127-10, 37). Aus psychiatrischer Sicht habe der Versicherte das Bild eines massiv gekränkten Mannes hinterlassen, der in seinem bisherigen Selbstverständnis erschüttert worden sei und dem der reife Umgang mit der Gesamtproblematik faktisch unmöglich sei. Aufgrund fehlender reifer Kompensationsmechanismen habe der Versicherte deutlich depressiv reagiert. Bis zum Erfolg einer psychotherapeutischen Intervention sei die Arbeitsfähigkeit um 50 % eingeschränkt (IV-act. 127-11, 31 f.). Es sei davon auszugehen, dass die Schmerzsymptomatik die depressive Symptomatik aufrecht erhalte. Vor dem Hintergrund des Kränkungserlebnisses habe allerdings die depressive Symptomatik eine Eigendynamik entwickelt, d.h. auch wenn die Schmerzsymptomatik erfolgreich behandelt werden könnte, würde die depressive Symptomatik solange persistieren, bis das Kränkungserleben bearbeitet werden konnte (IV-act. 127-15). Die IV-Stelle bzw. der RAD kamen zum Schluss, das psychiatrische/bidisziplinäre Gutachten sei für die abschliessende Rentenprüfung mangelhaft. Die Diagnose einer Anpassungsstörung sei zwar aufgrund der Kündigung und des Kränkungserlebens nachvollziehbar, allerdings setze sich der Gutachter nicht mit den abweichenden Diagnosen der behandelnden Ärzte auseinander. Eine

Somatisierungsstörung werde nicht objektiv begründet oder ausgeschlossen, obwohl der Versicherte über Jahre hochdosierte Schmerzmittel einnehme (Strategie-Protokoll vom 11. November 2016, IV-act. 130). Der RAD formulierte am 22. November 2016 Rückfragen an die Gutachter (IV-act. 131). Diese beantworteten die Gutachter am 22. Dezember 2016 (IV-act. 132). Diese Antwort war aus RAD-Sicht genügend (IV-act. 134-3). Der Rechtsdienst der IV-Stelle nahm am 24. Februar 2017 im Wesentlichen Stellung, rechtsprechungsgemäss gelte eine diagnostizierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion mangels hinreichend ausgeprägter Psychopathologie nicht als invalidisierend. Beim Versicherten liege kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor (IV-act. 135). Mit Vorbescheid vom 28. Februar 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur beabsichtigten Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 138). Der Versicherte machte mit Einwand vom 27. März 2017 geltend, aufgrund seiner Schmerzen sei ihm höchstens ein Arbeitspensum von 50 % möglich (IV-act. 141). Mit Verfügung vom 24. April 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, welcher die Ausrichtung einer IV-Rente rechtfertige. Es seien keine relevanten Unterlagen eingereicht worden, die eine andere Beurteilung des Sachverhalts erforderlich machten (IV-act. 142). Gegen die Verfügung vom 24. April 2017 lässt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Pedernana, am 26. Mai 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es sei ihm eine halbe Rente zuzusprechen. Er führt aus, dass die Beschwerdegegnerin selbst das Gutachten nicht für zweifelsfrei halte. Er habe jahrelang starke Schmerzmittel eingenommen, sich am oberen Sprunggelenk operieren lassen und sich einer monatelangen Schmerztherapie unterzogen, ohne seine Leistungsfähigkeit zurückgewonnen zu haben. Daher sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen und ihm eine halbe Rente zuzusprechen (act. G 1). Mit der Beschwerde reicht er den Schlussbericht über das absolvierte interdisziplinäre Schmerzprogramm des Schmerzzentrums des KSSG vom 31. Januar 2017 ein (act. G 1.3). Mit Beschwerdeantwort vom 18. August 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Nachweis der Invalidität setze nach der Rechtsprechung eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung voraus. Psychische Störungen gälten grundsätzlich nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar seien. Das SMAB-Gutachten (vom 6. Oktober 2016) erfülle die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an ein beweiskräftiges, lege artis erstelltes Gutachten. Zu prüfen sei, ob die attestierte 50 %ige Arbeitsunfähigkeit einer rechtlichen Überprüfung standhalte. Dabei könne von einer im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre. Gemäss der Rechtsprechung fielen leichte bis mittelgradige depressive Störungen einzig dann als invalidisierende Krankheit in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Eine Anpassungsstörung werde diagnostiziert, wenn selbst die Diagnose einer leichten depressiven Episode nicht möglich sei. Die im SMAB-Gutachten diagnostizierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gelte mangels hinreichend ausgeprägter Psychopathologie nicht als invalidisierendes Leiden. Die ebenfalls diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge fielen nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens. Dem SMAB-Gutachten lasse sich kein schlüssiger Nachweis eines therapieresistenten, schwerwiegenden psychischen Leidens entnehmen, zumal nach Auffassung des psychiatrischen Experten noch Therapiepotential

bestehe. Eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege daher nicht vor. Der Beschwerdeführer habe somit keinen Rentenanspruch (act. G 4). Mit Replik vom 21. September 2017 hält der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest und beantragt zusätzlich, eventualiter sei ein gerichtliches psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben. Weiter reicht er die Stellungnahme von Dr. B.____ vom 28. Juni 2017 zum SMAB-Gutachten ein (act. G 7.1) sowie eine Studie, wonach lumbale MRI-Untersuchungen oft fehlerhaft interpretiert würden (John A. Carrino, MD, MPH et al.; Lumbar spine: Realibility of MR imagigng findings, Radiology, vol 250, January 2009, 161-170; act. G 7.2). Gemäss Bericht des Schmerzzentrums vom 31. Januar 2017 seien degenerative Veränderungen mit multisegmentalen Osteochondrosen HWK 3/4 bis 6/7 mit dezenten breitbasigen Bandscheibenprotrusionen, die in den Duralschlauch eindellten, festgestellt worden. Dabei handle es sich nicht um die im rheumatologischen Teilgutachten festgehaltenen geringgradigen Veränderungen der BWS. Betreffend die psychische Erkrankung stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, es liege erwiesenermassen eine Therapieresistenz vor. Die von der Beschwerdegegnerin angewendete Rechtsprechung diskriminiere sodann Menschen mit einer psychischen Erkrankung (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 29. September 2017 auf eine Duplik (act. G 9). Mit Eingabe vom 19. Februar 2018 (act. G 11) legt der Beschwerdeführer einen Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 8. Februar 2018 ins Recht (act. G 11.1); von der am 28. Februar 2018 ermöglichten Gelegenheit zur Stellungnahme macht die Beschwerdegegnerin nicht Gebrauch (act. G 12). Am 7. Oktober 2019 reicht der Beschwerdegegner einen Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom 1. Oktober 2019 sowie eine Verordnung zur Physiotherapie ein und ersucht um baldige Entscheidung (act. G 13; act. G 13.1). Daraus geht hervor, dass beim Beschwerdeführer am 30. September 2019 die operative Versorgung einer Rotatorenmanschetten-Ruptur (Supraspinatus transmural, Subscapularis transmural mit Bicepssehnen-Luxation) der rechten Schulter erfolgte. Dazu wird der Beschwerdegegnerin am 10. Oktober 2019 Gelegenheit für eine Stellungnahme eröffnet, welche sie unbenutzt lässt (act. G 14). 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). Die invalidenversicherungsrechtliche Anerkennung von Beschwerden setzt zunächst eine Abgrenzung zu reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen durch eine einwandfreie fachärztliche Diagnose voraus (BGE 141 V 285 E. 2.1; BGE 143 V 416 E. 4.5.2). 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). 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 Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine versicherte Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Der als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können. An der Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarktes vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, im tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden. Von einer Arbeitsgelegenheit kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014 E. 2 und E. 3.3.1 mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 460 E. 3.1). 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). Die medizinischen Gutachter haben sich nicht auf die Diagnosestellung zu beschränken, sondern die Leistungsfähigkeit bzw. die funktionellen Auswirkungen unter Beachtung der einschlägigen Indikatoren einzuschätzen (BGE 141 V 307 E. 5.2.1; BGE 143 V 427 E. 6). 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.). Die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung kann, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung den rechtlich geforderten Beweis einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des Sachverständigen abhängt (BGE 143 V 427, E. 6). Die Rechtsanwender prüfen insbesondere, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 307, E. 5.2.2 f.; BGE 144 V 54, E. 4.3). Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das SMAB-Gutachten vom 6. Oktober 2016 (IV-act. 127) samt der ergänzenden Stellungnahme vom 22. Dezember 2016 (IV-act. 132). Umstritten ist die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung sowie die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion. Das Bundesgericht hat mit BGE 143 V 415 f., E. 4.4 a.E. und E. 4.5.1 vom 30. November 2017 seine bisherige Rechtsprechung zu den leichten bis mittelschweren Depressionen fallen lassen und grundsätzlich alle psychischen Erkrankungen den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden in der Beurteilung nach dem strukturierten Beweisverfahren gleichgestellt. Zur Begründung führte es an, dass aus medizinischer Sicht generell sämtliche psychische Leiden beschränkt objektivier- und beweisbar seien (vgl. BGE 143 V 415, E. 4.5.1). Die Änderung der Rechtsprechung ist sofort und somit auch im vorliegenden Fall anwendbar (BGE 142 V 558 f., E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2014, 9C_769/2013, E. 2). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht per se. Mit Blick auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 309 E. 8; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C_168/2015, E. 2.2.3; zum Ganzen auch Urteil vom 19. Oktober 2018, 8C_126/2018, E. 3.2). Die Beweistauglichkeit des SMAB-Gutachtens ist somit im Folgenden auch unter dem Gesichtspunkt der Standardindikatoren zu beurteilen. Anlässlich der rheumatologischen Begutachtung beklagte der Beschwerdeführer Schmerzen der BWS; diese seien andauernd vorhanden, tags und nachts. Die zeitweise vor allem links in Arm und Bein ausstrahlenden Schmerzen habe er seit seiner Jugend. Nach einer Stunde Hausarbeiten müsse er wegen der Schmerzen pausieren. Die Intensität der Schmerzen liege gemäss der visuellen Analogskala zur subjektiven Messung der Schmerzstärke (VAS) zwischen 3/10 und 8/10. Er nehme regelmässig Brufen ein, Targin helfe am besten (IV-act. 127-35 f.). Von den Medikamenten Targin und Oxynorm sei er ständig müde und müsse schlafen (IV-act. 127-26). Wegen der Schmerzen habe er eine vom RAV zugewiesene Eingliederungsmassnahme in einer Übungsfirma abbrechen müssen, da er zu viele Ausfalltage gehabt habe (IV-act. 127-35 f.).

Die manuelle Untersuchung der Wirbelsäule zeigte keine segmentale Funktionsstörung. Erhoben werden konnte eine Druckdolenz und ein Rüttelschmerz an der BWS. Die HWS war schmerzfrei und physiologisch beweglich (IV-act. 127-36). Bildgebend ist ein MRI HWS/BWS vom Januar 2013 aktenkundig. Dieses zeigte altersentsprechende degenerative Veränderungen in Form von multisegmentalen Osteochondrosen der Segmente HWK 3/4 bis HWK 6/7 mit dezenten breitbasigen Bandscheibenprotrusionen, dadurch eine ventrale Perlottierung des Duralschlauches, eine beginnende bilaterale Einengung der Neuroforamen im Segment HWK 5/6 bei bilateraler Unkovertebralarthrose sowie dezente Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten BWK 2/3 und 4/5 ohne abgrenzbaren Bandscheibenvorfall (Bericht Erstkonsultation Schmerzzentrum KSSG, IV-act. 92-1 ff.). Ein aktuelles MRI vom 19. August 2016 bildete geringe degenerative Veränderungen (leichtgradige Osteochondrosen, geringe ventrale Spondylose) der mittleren und unteren BWS ab (IV-act. 127-37, 40). Eine Röntgenaufnahme des linken OSG machte eine Gelenkspaltverschmälerung und geringe osteophytäre Reaktionen sichtbar (IV-act. 127-37, 40). Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte ein chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei geringgradigen degenerativen Veränderungen der BWS (IV-act. 127-127-37). Ähnlich war in der Schmerzklinik die Diagnose eines chronischen multitopen Schmerzsyndroms gestellt worden (Berichte vom 8. September 2015, IV-act. 92-1 f., vom 21. Oktober 2015, IV-act. 91, und vom 7. April 2016, IV-act. 110). Der Gutachter führte aus, die Pathogenese der beklagten heftigen thorakalen Rückenschmerzen sei auch aktuell unklar geblieben. Erklärende relevante degenerative Veränderungen lägen ebenso wenig vor wie Zeichen einer entzündlich rheumatischen Affektion wie einer Spondyloarthritis. Es bestehe keine aussergewöhnliche Bewegungseinschränkung des Achsen skeletts, das HLA-B27 sei negativ und das MRI der BWS unauffällig. Auch seien NSA nicht speziell wirksam. Zur Diskrepanz zwischen den bescheidenen objektiven Befunden und der stark ausgeprägten subjektiven Schmerzwahrnehmung passe die Wirkungslosigkeit der Physiotherapie. Eine beginnende Arthrose im linken oberen Sprunggelenk bedinge eine leichte Einschränkung der Flexion. Es resultiere aber kein Hinken, und die Hocke sei möglich. Die auftretenden Schmerzen nach einer Stunde Wandern seien nachvollziehbar. Darüber hinaus sei keine besondere Behinderung im Alltag ausgewiesen. Eine muskuloskelettal bedingte Einschränkung bestehe nur für schwere und sehr schwere Arbeiten auf dem Bau wegen des chronischen, unspezifischen und zurzeit mit Opiaten behandelten thorakovertebralen Syndroms und der eingeschränkten Gehfähigkeit wegen der OSG-Arthrose links. Medizinisch-theoretisch sei aus rheumatologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Baukaufmann 100 %. Im ursprünglich erlernten Beruf als Maurer sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben (IV-act. 127-10 f., 37 f.). In der Stellungnahme vom 22. Dezember 2016 erklärten die Gutachter, aus Sicht des orthopädischen Fachgebiets seien die Schmerzen körperlich auch nicht zum Teil erklärbar. Somit schieden Schmerzen mit psychischer Komorbidität aus. Am ehesten handle es sich um einen Ausdruck der primären psychischen Erkrankung. Differenzialdiagnostisch wäre an eine somatoforme Störung zu denken, wobei aufgrund der Komplexität des Krankheitsgeschehens eine genauere diagnostische Einordnung nicht gelinge (IV-act. 132). Bereits am 7. November 2014 hatte Dr. B.____ festgehalten, dass für die beschriebenen Schmerzen im Bereich der BWS keine somatische Ursache eruierbar sei (IV-act. 17). Die bildgebenden Befunde wurden als geringgradig bezeichnet, und die klinische funktionelle Untersuchung der Wirbelsäule ergab keine Einschränkungen, welche die Schmerzen aus somatischer Sicht objektivieren würden. Es ist folglich mit dem

rheumatologischen Gutachter davon auszugehen, dass für die beklagten Schmerzen in der BWS kein organisches Korrelat gefunden werden konnte. Dem gegenüber hielt Dr. H. ___ im Sprechstundenbericht vom 10. August 2016 fest, vom Beschwerdeführer berichtete, seit einer Woche neu verstärkte krampfartige Schmerzen links im Nacken- und Schulterbereich, die streckseitig bis in die Finger der linken Hand ausstrahlten, dürften einer neuropathischen Schmerzkomponente entsprechen, die zu den bekannten Befunden der HWS passen könnte (IV-act. 127-45 f.). Anlässlich der Begutachtung war jedoch die HWS schmerzfrei und physiologisch beweglich, weshalb nicht von einer relevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch diese offenbar vorübergehenden Beschwerden auszugehen ist. Interdisziplinär attestierten die Gutachter ausschliesslich aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von 50 % bis zur Wirksamkeit der psychiatrischen Behandlung (IV-act. 127-11, 31 f.). Dieser Einschätzung zugrunde liegt einzig die psychiatrische Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10: F43.1 [richtig: Z73]). Der psychiatrische Gutachter führt zu seiner diagnostischen Einordnung aus, die Störungen des Kapitel F, 4. Abschnitt der ICD-10 könnten insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behinderten und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionen führten (IV-act. 127-29). Die Diagnose einer Anpassungsstörung sei gewählt worden, weil sich nur dadurch der faktisch durchgehend depressive Zustand hinreichend erklären lasse, während bei einer rezidivierenden depressiven Störung zwischen den einzelnen Episoden eine weitgehende Restitution hätte erreicht werden müssen, woran es vorliegend fehle. Hinzu komme, dass die Anpassungsstörung das "alte" Konzept der exogenen Depression ersetzt habe und hierdurch hinreichend zum Ausdruck bringe, dass eine erkennbare Ursache für die depressive Symptomatik bestehe. Keinesfalls solle damit ausgedrückt werden, dass die Diagnose an sich nicht zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe (IV-act. 132). Abweichend davon hatten vorgängig Dr. B. ___ (Berichte vom 7. November 2014, IV-act. 17, vom 29. Januar 2016, IV-act. 103, sowie Stellungnahme vom 28. Juni 2017, act. G 7.1), Dr. G. ___ (Gutachten vom 3. Juli 2015, IV-act. 83-10) sowie die Klinik für Psychosomatik des KSSG (Bericht vom 9. November 2015, IV-act. 100-11 f.) eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) bzw. eine rezidivierende depressive Störung mit Status nach Burnout 2014, aktuell vordergründig Antriebsverlust (ICD-10: F33.0), diagnostiziert. Eine zum aus somatischer Sicht erhobenen Schmerzsyndrom spiegelbildliche psychiatrische Diagnose wie insbesondere eine somatoforme Schmerzstörung wurde weder vom psychiatrischen Gutachter (IV-act. 127-28) noch von Dr. G. ___ (Gutachten vom 3. Juli 2015, IV-act. 83-10) oder vom behandelnden Dr. B. ___ (vgl. Berichte vom 7. November 2014, IV-act. 17, vom 29. Januar 2016, IV-act. 103, sowie Stellungnahme vom 28. Juni 2017, act. G 7.1) gestellt. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt zwar 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). Indes ist invalidenversicherungsrechtlich nicht die Diagnose

massgebend, sondern welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2011, 9C_270/2011 E. 4.2.) bzw. sind der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik entscheidend (Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2016, 9C_634/2015, 9C_665/2015, E. 6.1). Der Gutachter kommt diesbezüglich zum Schluss, die psychiatrische Symptomatik sei mittelgradig ausgeprägt (IV-act. 127-30), was mit der Einstufung der depressiven Episode als mittelgradig übereinstimmt. Auch in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % stimmen Dr. B.____ (Arztbericht vom 29. Januar 2016) und der psychiatrische Gutachter (IV-act. 127-11, 31 f.) überein. Sodann stellt sich die Frage, ob in der Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters die geltend gemachten Schmerzen, die somatisch nicht erklärbar sind, hätten zusätzlich berücksichtigt werden müssen. Diese Frage kann verneint werden: Zwar führt Dr. B.____ aus, die ungünstigen Wechselwirkungen zwischen der mittelgradig depressiven Episode und dem chronifizierten multitemporalen Schmerzsyndrom seien zu wenig beachtet worden. Letzteres habe sich über den ganzen Behandlungsspielraum limitierend auf die psychiatrische Therapie ausgewirkt, da die üblicherweise die depressive Symptomatik günstig beeinflussenden aktivierenden Tätigkeiten aufgrund der Schmerzen nicht hätten durchgeführt werden können. Weiter einschränkend auf die aktivierenden Massnahmen wirkten die notwendigen, teils starken Schmerzmittel (Stellungnahme zum Gutachten vom 28. Juni 2017, act. G 7.1). Dennoch hat er aber ab Februar 2015 keine höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert als der Gutachter (Arztbericht vom 29. Januar 2016, IV-act. 103), weshalb davon auszugehen ist, dass sich seine Ausführungen auf die Beurteilung durch die Rechtsanwendung beziehen, wonach keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit vorliege. Demnach ist festzuhalten, dass sowohl der psychiatrische Gutachter als auch Dr. B.____ den geltend gemachten Schmerzen keine über diejenigen der Depression hinausgehende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkennen. Insoweit ist die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 50 % - letztlich unabhängig von der zutreffenden diagnostischen Einordnung - schlüssig und nachvollziehbar. Nach dem Gesagten liegt aus psychiatrischer Sicht insgesamt ein mittelgradiger Schweregrad der funktionellen Beeinträchtigung vor, was einleuchtet, da der Beschwerdeführer nicht nur an einer depressiven Symptomatik, sondern auch an Schmerzen leidet. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, beim Versicherten lägen keine Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Selbstpflege, eine leichte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen und der Verkehrsfähigkeit, mittelgradige Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie schwere Beeinträchtigungen der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten vor (IV-act. 127-11, 31). Merkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis hätten im psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt gewirkt (IV-act. 127-26). Es sei davon auszugehen, dass die Schmerzsymptomatik die depressive Symptomatik aufrecht erhalte. Vor dem Hintergrund des Kränkungerlebnisses habe allerdings die depressive Symptomatik eine Eigendynamik entwickelt, d.h. auch wenn die Schmerzsymptomatik erfolgreich behandelt werden könnte, würde die depressive Symptomatik solange persistieren, bis das Kränkungerleben bearbeitet hätte werden können (IV-act. 127-15). Aus der Anamnese des

Beschwerdeführers geht hervor, dass er trotz belasteter Biographie mit Alkoholproblematik im familiären Umfeld und eigener bewältigter Abhängigkeit und obwohl er seit dem jungen Erwachsenenalter unter Schmerzen im Bereich der BWS leidet, über zwanzig Jahre lang im selben Unternehmen beschäftigt war, zunächst als Bauarbeiter und später - nach einer Umschulung - als Baukaufmann. Mit dem Generationenwechsel änderte sich das vorher familiäre Arbeitsumfeld. Aufgrund gesteigerter Anforderungen erlitt der Beschwerdeführer ein Burnout und war längere Zeit arbeitsunfähig, worauf ihm nach rund 27-jähriger Tätigkeit im Unternehmen gekündigt wurde, was ihn sehr kränkte (vgl. IV-act. 127-22 ff.). Der psychiatrische Gutachter hält weiter fest, aus psychiatrischer Sicht habe der Beschwerdeführer das Bild eines massiv gekränkten Mannes hinterlassen, der in seinem bisherigen Selbstverständnis erschüttert worden sei und dem der reife Umgang mit der Gesamtproblematik faktisch unmöglich sei. Aufgrund fehlender reifer Kompensationsmechanismen habe der Versicherte deutlich depressiv reagiert (IV-act. 127-11, 31 f.). Es fänden sich selbstunsichere, aber auch narzisstische Persönlichkeitsanteile, welche die persönlichen Ressourcen erheblich einschränkten. Früher habe er die fehlenden Ressourcen mit Alkohol kompensiert. Es seien gewisse Ressourcen vorhanden, die allerdings nicht ausreichend seien, um dem Versicherten die Bewältigung seiner Situation - der erlittenen Kränkung - zu ermöglichen (IV-act. 127-30). Seine Ehefrau sei für ihn eine grosse Stütze, ein weiteres tragfähiges soziales Netzwerk bestehe nicht (IV-act. 127-31). Ein Beschwerdevalidierungstest ergab keine Hinweise auf das Vorliegen einer Aggravation (IV-act. 127-27). Der Wirkstoff bzw. das Abbauprodukt von Agomelatin und Oxycodon waren nachweisbar bzw. lagen gar über dem Wirkungsbereich (IV-act. 127-27). Der Beschwerdeführer ist alle 14 Tage in ambulanter psychiatrischer Behandlung und in ambulanter Therapie im Schmerzzentrum, eine stationäre Therapie wurde indes nie erwogen. Der Frage, ob damit, wie der behandelnde Psychiater festhält, die zur Verfügung stehenden Optionen tatsächlich ausgeschöpft sind (Stellungnahme vom 28. Juni 2017, act. G 7.1), kommt nach der geltenden Rechtsprechung nicht mehr eine überwiegende Bedeutung zu. Jedenfalls sprechen die therapeutischen Bemühungen für einen erheblichen Leidensdruck. Zusammenfassend berücksichtigt das Gutachten die geklagten Beschwerden und die medizinischen Akten ausreichend. Wenn es auch diagnostisch nicht vollständig nachvollziehbar erscheint, ist es doch im Ergebnis - mit Blick auf die invalidenversicherungsrechtlich wesentlichen funktionellen Einschränkungen - plausibel. Es folgt den Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens, welches aufgrund der Diagnosen der organisch nicht erklärbaren Schmerzstörung sowie der depressiven Symptomatik anzuwenden ist. Die Einschätzung der Gutachter ist in der Beurteilung der massgeblichen Indikatoren nachvollziehbar und schlüssig. Auch aus RAD-Sicht wurde es nach erfolgter Ergänzung als genügend erachtet (IV-act. 134-3). Für eine Abweichung von der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung im Rahmen der Rechtsanwendung besteht daher kein Raum. Es ist mithin ab Dezember 2014 von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Baukaufmann sowie für eine adaptierte Tätigkeit auszugehen (IV-act. 127-12, 32). Der Beschwerdeführer war erstmals ab 1. Mai 2014 durch seinen damaligen Hausarzt, med. pract. L. ____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Anästhesie, krank geschrieben (Fremdakten, act. 1-17). Dr. B. ____ bestätigte sodann eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % bzw. 50 % seit 16. Mai 2014 (IV-act. 17; IV-act. 99). Das Wartjahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war demnach am 1. Mai 2015 abgelaufen, ebenso die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG, so dass ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Mai 2015 besteht. Der Beschwerdeführer erzielte an seiner langjährig

innegehabten Stelle zuletzt (ab Januar 2014) ein Jahreseinkommen von Fr. 91'260.-- (Angaben Arbeitgeberin vom 10. Oktober 2014, IV-act. 13). Er könnte gemäss Gutachten die frühere Tätigkeit weiterhin mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausüben. Somit bemisst sich das Invalideneinkommen nach demselben Lohn wie das Valideneinkommen, was einem Prozentvergleich entspricht (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C_888/2014, E. 2). Dass dieses Lohnniveau realistisch ist, zeigt auch der Vergleich mit den statistischen Ansätzen der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS; T 17, Ziff. 41, "allgemeine Büro- und Sekretariatskräfte Männer über 50 Jahre), wonach für das Jahr 2012 und unverändert für 2014 von einem Monatslohn von Fr. 7'647.-- auszugehen ist und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,5 Stunden ein Jahreseinkommen von Fr. 95'205.-- (Fr. 7'647 x 12 : 40 x 41,5 [betriebsübliche Arbeitszeit]) resultiert. Im Zeitpunkt des Gutachtens vom 6. Oktober 2016 stand der Beschwerdeführer kurz vor Vollendung seines 60. Altersjahres. Seine Persönlichkeit und die Tatsache, dass er praktisch das ganze Leben im selben Betrieb tätig war und dieses Arbeitsverhältnis mit einer schwerwiegenden Enttäuschung endete, dürften die Umstellung auf eine neue Arbeitsstelle sehr stark erschweren. Dennoch ist der Beschwerdeführer nach eigener Aussage seit Mai 2017 während 5 bis 10 Stunden wöchentlich als Aushilfe des Schulabwartes (act. G1-7) und als Schulbuschauffeur tätig, weshalb er sich einem Entzug der opiathaltigen Medikamente stellte (act. G 11). Dies zeigt eine hohe Leistungsbereitschaft. Mit Blick auf die vom Bundesgericht selbst als streng bezeichnete Rechtsprechung (vgl. dazu M. Weiss, Verwertung der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters - Rechtsprechungstendenzen, in: SZS 62/2018, S. 630 ff., mit Verweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2010, 8C_482/2010, E. 4.3) ist vorliegend zwar die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit gegeben. Aufgrund der geschilderten erschwerten Umstellung, der Teilzeittätigkeit und der doppelten Einschränkung sowohl durch Schmerzen als auch durch die depressive Symptomatik ist in Berücksichtigung der Bejahung der Verwertbarkeit zudem ein Tabellenlohnabzug von höchstens 15 % begründet. Damit resultiert ein Invaliditätsgrad von 57,5 % (1 - [0,85 x 50 %]). Der Beschwerdeführer hat somit ab 1. Mai 2015 Anspruch auf eine halbe Rente. In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 24. Mai 2017 aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Mai 2015 eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache 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 als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der vorliegenden Streitsache erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 24. April 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Mai 2015 eine halbe Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die

Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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