

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/232 vom 1. April 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-04-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2017_232

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/232 du 1 avril 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/232 del 1 aprile 2019

Regeste

Würdigung des Beweiswerts medizinischer Berichte, namentlich eines polydisziplinären Gutachtens samt seiner Bedeutung für die zurückliegende Zeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2019, IV 2017/232).

Erwägungen

E. 1

1.1 Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Mai 2017, mit welcher sie das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers, namentlich den Rentenanspruch, abgewiesen hat. 1.2 Berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 7. Januar 2016 für nicht angezeigt gehalten, da sich der Beschwerdeführer dazu nicht in der Lage fühle und ausserdem noch eine Operation [bzw. Neurostimulation] bevorstehe. - Mit der Beschwerde lässt der Beschwerdeführer im Hauptstandpunkt die Zusprache einer Rente (eventualiter eine Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung) beantragen. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 2.2 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter IVV; vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 16. Februar 2018, 8C_633/2017 E. 3.4). - Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung seit 1. Januar 2008) entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Die Schaffung dieser Bestimmung hat keine Veränderung des (nämlich in Art. 4 IVG und Art. 28 IVG geregelten) Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls mit

sich gebracht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. Dezember 2015, 9C_655/2015 E. 4; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Mai 2016, IV 2013/641 E. 1.1). 2.3 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1)

E. 3

3.1 Der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wurden im Januar 2017 polydisziplinär begutachtet. Im Gutachten (vom 14. Februar 2017, IV-act. 92) wurden die Vorakten aufgelistet. Zusätzlich zu den IV-Akten waren (nebst dem Bericht der Klinik E.____ ein Röntgenbefund vom 11. Februar 2014 (MR LWS) und ein solcher vom 9. Juli 2015 (MRT LWS) eingeholt worden. - Des Weiteren wurde die Anamnese erhoben und wurden die Angaben des Beschwerdeführers zu seinem Leiden erfragt. Er gab bei der orthopädischen Begutachtung (Hauptbegutachtung) an, es sei mit den Rückenschmerzen knapp drei Jahre nach der Spondylodesen-Operation vom Mai 2014 unverändert schlecht. Er könne wenige Kilometer gehen. Bei Bewegung und beim Heben von Lasten über 6 kg habe er Schmerzen im Kreuz; diese strahlten vorwiegend ins linke, weniger ins rechte Bein aus. Manchmal habe er auch Schmerzen von der HWS bis in den Nacken. Gefühlsstörungen habe er nicht (IV-act. 92-25). - Bei der internistischen Untersuchung gab der Beschwerdeführer (allerdings) an, oft Parästhesien vom Gesäss bis in die linke Wade zu haben (IV-act. 92-36). Er leide an dauernden Rückenschmerzen mit Ausstrahlung bis in die linke laterale Wade, zurzeit bei 5/10, üblicherweise um 3/10 bis maximal 7/10 VAS [virtuelle Analogskala]; vor allem bei vermehrten Rückenschmerzen habe er oft Kopfschmerzen (IV-act. 92-35). Manchmal sei er wegen der Schmerzsituation traurig (IV-act. 92-35). - Bei der neurologischen Untersuchung gab der Beschwerdeführer unter anderem an, seit 2012 seien bei der Tätigkeit als J.____ wieder vermehrt Beschwerden mit dem Rücken aufgetreten, die im Tagesverlauf meist zugenommen und erst in Ruhe wieder langsam gebessert hätten. Er habe häufig Schmerzmedikamente einnehmen müssen, worauf die Beschwerden meist gebessert hätten. Es hätten im Verlauf immer starke Schmerzen des Rückens bestanden, die bei Belastung zugenommen hätten. Die Bewegung der Wirbelsäule und das Heben seien nicht mehr gut möglich gewesen. Zudem hätten Schmerzen vor allem in das linke Bein hinein bestanden. Immer wieder sei es zu einem Taubheits- und Druckgefühl im linken Fuss gekommen. Das linke Bein sei subjektiv schwächer gewesen, doch sei das Gehen gut möglich gewesen. Nach der Operation im Mai 2014 seien die Schmerzen im Rücken und Bein weniger geworden, aber nie vollständig weg gewesen. Seit den erfolglosen Behandlungen an der Schmerzklinik leide er anhaltend an gleichen Schmerzbeschwerden, die in den letzten Jahren wieder etwas zugenommen hätten. Er müsse häufig die Position wechseln und könne nicht längere Zeit ununterbrochen liegen oder sitzen. Nach spätestens zwei Kilometern Gehen habe er stärkste Schmerzen und müsse sich hinsetzen. Im Zusammenhang mit den starken Rückenschmerzen (und mit ihnen zu- und abnehmend) bestünden auch seit zwei bis drei Jahren Kopfschmerzen; seit einem halben Jahr bestehe praktisch täglich den ganzen Tag über ein "Kopfdruck" in einer

Intensität von VAS 3 bis 5 mit vereinzelter Zunahme auf 6 bis 7 (IV-act. 92-40 f.). 3.2 Die Gutachter erhoben in der Folge - was von wesentlicher Bedeutung ist - jeweils umfassend die objektiven Befunde, und zwar in orthopädischer (IV-act. 92-26 f.), psychiatrischer (IV-act. 92-30), internistischer (IV-act. 92-37 f.) und neurologischer Hinsicht (IV-act. 92-42 f.). Namentlich konnten auch aktuelle Röntgenaufnahmen der HWS ap/seitlich und Dens und der LWS ap/seitlich, beide vom 25. Januar 2017, beurteilt werden (vgl. dazu unten E. 4.1.3). - Auffallend erscheint diesbezüglich die bei den Untersuchungen in unterschiedlichem Mass möglich gewesene Beweglichkeit, lag doch der Finger-Boden-Abstand bei der orthopädischen Untersuchung bei 50 cm (IV-act. 92-27), bei der internistischen bei über 30 cm (IV-act. 92-37) und bei der neurologischen bei lediglich 20 cm (IV-act. 92-42). 3.3 Was die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, war aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit festzustellen; es liegt danach denn auch (unbestrittenermassen) keine psychiatrische Erkrankung vor (IV-act. 92-33). - Dasselbe gilt für die Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht. Gesundheitliche Beeinträchtigungen liegen unter diesem Aspekt zwar vor, haben aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Häufiges Arbeiten in der Hocke und häufiges Bücken sei allerdings wegen der Adipositas nicht empfehlenswert (IV-act. 92-39). - Neurologisch betrachtet wurde festgehalten, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als K.____ (richtig: J.____) zu 100 % zumutbar sei, ebenso wie jegliche adaptierte Tätigkeit, allerdings wegen des erhöhten Pausenbedarfs bei Berücksichtigung der chronischen Kopfschmerzbeschwerden jeweils mit einem Leistungspensum von lediglich 80 %. Die lumbale Schmerzproblematik werde von orthopädischer Seite beurteilt. Diagnostisch lagen neurologisch ein chronisches Schmerzsyndrom mit lumbovertebralen Schmerzen mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das linke Bein und chronische Kopfschmerzen vor (keine motorischen Ausfälle; IV-act. 92-46). - In orthopädischer Hinsicht schliesslich wurde festgehalten, rückenbelastende Tätigkeiten wie diejenige als J.____ seien nicht mehr möglich. Adaptierte rückenschonende Tätigkeiten mit der Möglichkeit des selbstgewählten Positionswechsels, vorwiegend im Sitzen auszuüben, mit - nicht regelmässig nötigem - Heben von Lasten bis maximal 10 kg und mit vermehrten Pausen sollten jedoch noch zu 70 % möglich sein (IV-act. 92-49 und 50). Diagnostisch bestanden unter orthopädischem Gesichtspunkt ein cerviko-lumbales Schmerzsyndrom bei St. nach Diskushernienoperation L5/S1 1986 und Spondylodese L5/S1 im Mai 2014 sowie ein St. nach wiederholten erfolglosen schmerztherapeutischen Massnahmen (IV-act. 92-50).

E. 4

4.1 Die Begutachtung erscheint insoweit vollständig. Der Beschwerdeführer lässt indessen verschiedene Einwände dagegen vorbringen. 4.1.1 Insbesondere lässt er beanstanden, dass die verschiedenen Diagnosen im Bereich des Bewegungsapparates einschliesslich der Wirbelsäule ungenügend berücksichtigt worden seien. 4.1.2 Vorweg ist dazu festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachterin der Orthopädie nicht in einem Teilgutachten, sondern weil sie Hauptgutachterin war, bei der polydisziplinären Beurteilung beschrieben worden ist. 4.1.3 Im Einzelnen kann darauf hingewiesen werden, dass, wie der Beschwerdeführer darlegt, bei schwerer Osteochondrose und im Arztbericht vom 19. Februar 2014 erwähnter foraminaler Stenose am 20. Mai 2014 eine Operation stattfand. Im betreffenden Neuroforamen (L5 links) ist damals eine Narbe entfernt worden und die Bandscheibe wurde ausgeräumt und behandelt, auch rechts wurde die (dort knöcherne) neuroforaminale Stenose behandelt (vgl. IV-act. 25-4). Bei einer MRT LWS vom 9. Juli 2015 (vgl. dazu IV-act. 92-23) waren unter anderem ein kongenital eng angelegter

Spinalkanal mit Stenose im Segment 4/5 (welche die klinische Beschwerdesymptomatik erklären könnte) bei hypertropher Facettenarthrose sowie breitbasiger flacher Diskusprotrusion und eine Osteochondrose LWK1/2 gefunden worden, allerdings frei verlaufende Nervenwurzeln und kein Hinweis auf eine radikuläre Pathologie. Die Gutachterin der Neurologie setzte sich unter anderem mit diesem Befund auseinander und erklärte, bei dieser letzten aktenkundigen Kernspintomographie vor der Begutachtung hätten sich im Bereich der Spondylodese regelrechte Verhältnisse ohne Hinweis auf eine zusätzliche Affektion neuronaler Strukturen gezeigt. In der Zwischenzeit seien keine neuen klinischen Aspekte und es sei keine Befundprogression aufgetreten (IV-act. 92-45). Auch dass Dr. G.____ am 26. September 2016 vom Vorliegen eines trotz Anwendung verschiedenster Massnahmen bestehenden therapierefraktären lumbosakralen, in beide Beine ausstrahlenden Schmerzsyndroms des Beschwerdeführers bei Status nach zweimaliger Rückenoperation (FBSS) ausging, wurde im Gutachten beachtet (vgl. IV-act. 92-49). Zum Zeitpunkt der Begutachtung im Januar 2017 schliesslich lag radiologisch bei LWK5/SWK1 ein inzwischen vollständig verknöchertes Intervertebralfach vor. Ausserdem bestanden lumbal unter anderem eine moderate Höhenminderung des Intervertebralraumes LWK4/5 als Zeichen der moderaten Anschlussdegeneration, eine fortgeschrittene Osteochondrose LWK1/2 mit Endplattensklerose und ventraler Spondylose, in den übrigen lumbalen Segmenten geringe Osteochondrosen und ein Baastrup-Phänomen LWK1-SWK1 (IV-act. 92-28). Der Röntgenbefund der HWS zeigte unter anderem mässige Osteochondrosen mit geringgradiger Höhenminderung der cervikalen Zwischenwirbelscheiben und begleitender ventraler Spondylose sowie mässige degenerative Veränderungen der Unkovertebralgelenke HWK3 bis 7 (IV-act. 92-28). Diese Befunde fanden Berücksichtigung. Nach dem neurologischen Teil der Beurteilung liess sich zudem die Missempfindung des Beschwerdeführers keinem monoradikulären Verteilungsmuster zuordnen und motorische Ausfälle liessen sich ebenfalls nicht nachweisen (IV-act. 92-45).

4.1.4 Der Beschwerdeführer hält namentlich dafür, die Osteochondrose sei bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt worden. Wie er vorbringt, wurde der Begriff der Osteochondrose in den beiden Diagnoselisten des Gutachtens (mit und ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) nicht erwähnt. Die entsprechenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen hingegen fanden nach dem Dargelegten Berücksichtigung; sie wurden gutachterlich diagnostisch wie erwähnt als cervico-lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das linke Bein ohne motorische Ausfälle mit radiologisch mässigen degenerativen Veränderungen umschrieben (IV-act. 92-47). Da es sich dabei um eine fachärztliche Diagnosestellung in Kenntnis der klinischen und der Röntgen-Befunde handelt und die Auswirkungen der betreffenden gesundheitlichen Schädigungen auf die Beweglichkeit ebenfalls fachärztlich gutachterlich beurteilt worden sind, ergibt sich kein Grund zur Beanstandung. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass Befunderhebung oder Diagnosestellung bei der Begutachtung in einer Weise unzureichend gewesen sein könnten.

4.1.5 Die vom Beschwerdeführer vor allem beklagten massiven Rückenschmerzen sind bei der Begutachtung auch hinsichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit umfassend berücksichtigt worden. Im neurologischen Teil, wo sich ergeben hatte, dass mit Ausnahme eines chronifizierten lumbalen Schmerzsyndroms mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das linke Bein keine funktionellen Einschränkungen beständen, wurde namentlich festgehalten, die Ressourcen des Beschwerdeführers seien wegen dieses Schmerzsyndroms mit fixiertem Krankheitskonzept insgesamt als eingeschränkt zu betrachten (IV-act. 92-46). Bezüglich

dieses Syndroms befürwortete die Gutachterin der Neurologie eine Fortführung der Behandlung in einem Schmerzzentrum (multimodales Konzept) und allenfalls einen Therapieversuch mit einem schmerzdistanzierenden bzw. -modulierenden Medikament (IV-act. 92-47). Die Arbeitsfähigkeit wurde gutachterlich insgesamt auf 70 % festgelegt.

4.1.6 Insofern der Beschwerdeführer die beklagte massive Schmerzsituation damit als ungenügend berücksichtigt erachtet, ist anzumerken, dass er die Schmerzen bei der Begutachtung zum einen nicht beschreiben konnte (vgl. IV-act. 92-29). Zum andern lag der Medikamentenspiegel für die Wirkstoffe Oxycodon und Naloxon, die in Targin enthalten sind, bei einer Messung gemäss der Laborauswertung (IV-act. 93-3) unterhalb der Nachweisgrenze (vgl. IV-act. 94-2, Beurteilung des RAD; Naloxone bei einer Norm von 10 bis 30 bei $<1 \mu\text{g/l}$ und Oxycodon bei einer Norm von 5 bis 50 bei $<0.5 \mu\text{g/l}$, vgl. IV-act. 93-3). Der Beschwerdeführer hatte angegeben, Targin (ein Opioid, Mittel gegen mittelstarke bis starke prolongierte Schmerzen bzw. bei ungenügender Wirksamkeit nicht-opioider Analgetika) als Dauermedikation (vgl. IV-act. 26, 36 und 41) einzunehmen. Wenn Schlussfolgerungen aus Serumspiegelmessungen auch lediglich mit Zurückhaltung gezogen werden können, weil der Blutspiegel aus individuellen Gründen (etwa infolge von unterschiedlicher Resorption oder Non-Responder-Einflüssen) offenbar um bis zu Faktor 20 variieren kann (so jedenfalls im Zusammenhang mit der Depressionsbehandlung J. John Mann, Drug Therapy, The Medical Management of Depression, in New England Journal of Medicine, October 27, 2005, 1829; vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 4. Dezember 2008, 8C_474/2008 E. 6), kontrastiert das Ergebnis doch mit den Angaben des Beschwerdeführers.

4.1.7 Des Weiteren war bei der Begutachtung festzustellen gewesen, dass der Beschwerdeführer nicht motiviert gewirkt habe, irgendwelche Veränderung an der gegenwärtigen Situation anzustreben (IV-act. 92-32), was auf einen nicht besonders ausgeprägten Leidensdruck hinweisen mag. Dazu kommt, dass als (gemäss Gutachten einzige) Diskrepanz ein Unterschied zwischen der vom Beschwerdeführer wahrgenommenen Unfähigkeit, ins Arbeitsleben zurückzukehren, und seiner eingeschränkten, aber doch aktiven Erlebensweise in den alltäglichen Bereichen festgestellt wurde (vgl. IV-act. 92-32). - Bei der Arbeitslosenversicherung hatte sich der Beschwerdeführer nach deren Angaben im Übrigen als zu 100 % arbeits- bzw. vermittlungsfähig bezeichnet (vgl. IV-act. 49, November 2015); er selbst hatte dies allerdings für unzutreffend gehalten und darauf hingewiesen, dass er stets die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse einreiche (IV-act. 54-2). - Bei der Begutachtung hatte der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit im Übrigen folgendermassen eingeschätzt: Anlässlich der neurologischen Begutachtung gab er an, wegen der starken Schmerzen im Rücken und im linken Bein sei er körperlich nicht arbeitsfähig. Er könne dieselbe Position nicht lange beibehalten, also auch keine anhaltend im Sitzen zu bewältigende Tätigkeit ausüben (IV-act. 92-41). Bei der orthopädischen Abklärung legte er ebenfalls dar, er habe wegen der starken Rückenschmerzen Schwierigkeiten, sich eine berufliche Tätigkeit wieder vorzustellen. Anlässlich der internistischen Begutachtung erwähnte er, er könne sich eine Kontrollarbeit vorstellen, doch könne er nur eine Stunde sitzen, dann müsse er kurz abliegen (IV-act. 92-36). - Am 27. April 2017 (IV-act. 104; mit Zusatz maximal) und in der Beschwerde (im Ergebnis) schliesslich lässt er vorbringen, es könne von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden.

4.1.8 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, er könne wegen der Kopfschmerzen die Konzentration nur kurz aufrechterhalten. Bei der Begutachtung wurden jedoch keine Konzentrationsstörungen vorgefunden (IV-act. 92-30). - Die Kopfschmerzen als solche

fürten im Übrigen dazu, dass dem Beschwerdeführer neurologisch betrachtet wegen eines erhöhten Pausenbedarfs lediglich ein Leistungspensum von 80 % zugemutet wurde. - Bei der allgemeinmedizinisch-internistischen Begutachtung fand zudem Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer angegeben hatte, im Jahr 2015 sei es etwa fünfmal zu Gichtanfällen in beiden Grosszehen gekommen und nun sei er (unter Allopurinol 300) beschwerdefrei (vgl. IV-act. 92-38). Das Leiden wurde im Gutachten entsprechend als Nebendiagnose ("anamnestisch Gicht mit rezidivierender Podagra [ED: 2015]") aufgenommen (IV-act. 92-48). Weil es unter medikamentöser Behandlung und entsprechender Diät zu keinen Anfällen mehr komme, wurde das Leiden als anamnestisches bezeichnet (IV-act. 92-39). Auch dieser Aspekt wurde damit gutachterlich hinreichend berücksichtigt; eine zusätzliche Beurteilung - der Beschwerdeführer befürwortete namentlich eine rheumatologische Untersuchung - war bei diesen Gegebenheiten nicht erforderlich.

4.1.9 Das Gutachten ist demnach nicht zu beanstanden.

4.2 Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auf das Ergebnis der medizinischen Begutachtung, wonach der Beschwerdeführer polydisziplinär betrachtet in einer adaptierten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist, abgestellt werden kann. Die Befundaufnahme ist umfassend, die Beurteilung schlüssig und überzeugend. Die Voraussetzungen für den Beweiswert des Gutachtens (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) sind erfüllt. Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte vermögen gegen die in Kenntnis der Akten und des Sachverhalts abgegebene polydisziplinäre gutachterliche Schätzung im Beweiswert nicht anzukommen. Den objektiven Befunden entspricht gemäss der Begutachtung eine Arbeitsfähigkeit von 70 %.

4.3 Nach gutachterlicher Beurteilung liegt diese Arbeitsfähigkeit von 70 % in adaptierter Tätigkeit spätestens ab der Begutachtung vor (IV-act. 51). Es wurde im Gutachten zudem festgehalten, die früheren ärztlichen Einschätzungen seien aus orthopädischer Sicht insofern nachvollziehbar, als dem Beschwerdeführer rückenbelastende Tätigkeiten wie die frühere Arbeit nicht mehr möglich seien (IV-act. 92-4). Was die Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit betrifft, wurden die Beurteilungen, wie sich demnach annehmen lässt, gutachterlich nicht geteilt. Wird die zurückliegende Zeit betrachtet, zeigt sich denn auch, dass der Beschwerdeführer durch die Operation vom 20. Mai 2014 eine deutliche Besserung erfahren hatte (die Beinschmerzen waren deutlich besser geworden, bei noch bestehenden Rückenschmerzen, vgl. IV-act. 23 und 28; bzw. "die Schmerzen im Rücken und Bein [waren danach] insgesamt besser, jedoch nie vollständig weg", vgl. IV-act. 92-41). Die späteren Behandlungen dagegen (stationäre Rehabilitation und diverse Massnahmen) blieben nach Angaben des Beschwerdeführers bei der Begutachtung (vgl. IV-act. 92-41) alle ohne anhaltenden Erfolg und es ging knapp drei Jahre nach der Operation "unverändert schlecht" (vgl. IV-act. 92-25). Der operativ behandelnde Dr. C.____ hatte nach der Operation bereits am 28. Mai 2014 erwartet, dass der Beschwerdeführer - nach voller Arbeitsunfähigkeit für eine postoperative Phase von mindestens drei Monaten - ab Ende August 2014 noch für mindestens acht Wochen in rückenadaptierter Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig, d.h. also entsprechend auch wieder zu 50 % arbeitsfähig, sein werde. Unter der (nicht kontrollierten) Annahme eines hohen Opiateinsatzes (Targin) durch den Beschwerdeführer (vgl. IV-act. 25-2 i.V.m. IV-act. 28) schob der Arzt diesen Zeitpunkt gemäss Bericht vom 22. Oktober 2014 (IV-act. 25-2 f.) dann auf den Zeitpunkt einer Endbeurteilung von Ende November 2014, gemäss Bericht vom 1. Dezember 2014 (IV-act. 28) nochmals (um drei Monate) weiter auf.

Röntgenologisch lagen aber völlig regelrechte Verhältnisse vor (ausserdem FBA nicht schlecht, Gehen auf Zehenspitzen und Fersen möglich, keine Hypästhesie, reizlose Narbe, einzig lumbale Druckdolenz im OP-Gebiet, vgl. IV-act. 28). Angesichts des seit der

Operation (nach postoperativer Phase) im Wesentlichen unveränderten (jedenfalls nicht mehr verbesserten) Zustands ist bei den vorliegenden Gegebenheiten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ab Ende August 2014, spätestens aber bei Ablauf einer möglichen Wartezeit im Oktober 2014 (eine im Sinn von Art. 29ter IVV ununterbrochene medizinische Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestand seit dem 16. Oktober 2013, vgl. IV-act. 15-6) die vom Gutachten bei objektivierter Betrachtung festgestellte Arbeitsfähigkeit für adaptierte Arbeit von 70 % vorlag.

E. 5

5.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). - Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (BGE 129 V 222; vgl. etwa auch Bundesgerichtsentscheid 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015). - Nach Angaben in der Arbeitgeberbescheinigung vom 17. März 2014 betrug der Lohn des Beschwerdeführers seit April 2012 jährlich Fr. 59'150.-- (Fr. 4'550.-- pro Monat). Gemäss dem IK-Auszug hat er im betreffenden Arbeitsverhältnis bis 2008 ansteigende Einkommen mit dem Maximum von damals Fr. 56'075.-- verdient, hernach war das Einkommen tendenziell rückläufig gewesen. Im Jahr 2011 lag das Einkommen bei Fr. 51'238.--, 2012 bei Fr. 47'066.-- und 2013 bei Fr. 49'989.--. Jedenfalls in den Jahren 2012 und 2013 hatten nach der Aktenlage allerdings bereits Arbeitsunfähigkeitsphasen die IK-Einkommen beeinflusst. Das betreffende Arbeitsverhältnis ist schliesslich aus Gründen des ungenügenden Arbeitsaufkommens gekündigt worden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden wieder eine ähnlich entlohnte Arbeit aufgenommen hätte. Sein ohne Gesundheitsschaden erreichtes Lohnniveau liegt indessen jedenfalls unter den statistischen Durchschnittseinkommen, denn diese lagen 2011 bei Fr. 61'910.--, 2012 bei Fr. 65'177.-- und 2013 bei Fr. 65'654.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik).

5.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie - wie der Beschwerdeführer - keine Erwerbstätigkeit mehr aus, sind hierfür statistische Werte beizuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, vgl. etwa auch Bundesgerichtsentscheid vom 26. Januar 2016, 9C_762/2015). - Der Beschwerdeführer kann gemäss dem Gutachten keine körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten mehr ausüben, keine Lasten über 15 kg (und nicht häufig Lasten über 10 kg) heben und keine Tätigkeiten mit erforderlichen Rotationsbewegungen, in kauender Haltung, vorwiegend in gebückter Haltung oder mit häufigem Treppen- oder Leitersteigen erfüllen. Leichte wechselbelastende Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen, mit Heben bis maximal 10 kg, mit der Möglichkeit des selbstgewählten Positionswechsels und selbstgewählter

verlängerter Pausen sind dem Beschwerdeführer dagegen zumutbar (IV-act. 92-51 f.). Die erforderlichen Einschränkungen sind nicht so weitreichend, dass sie eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit als unrealistisch erscheinen lassen müssten. Für die Invaliditätsbemessung ist ein ausgeglichener Arbeitsmarkt massgebend, der sich - zur Abgrenzung der Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S C. vom 16. Juli 2003, I 758/2002; BGE 110 V 276 E. 4b) - durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage auszeichnet und, was die verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht, einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (vgl. Bundesgerichtsentscheid 8C_652/2014 vom 9. Januar 2015). Grundsätzlich kann daher auf die Tabellenlöhne abgestellt werden. - Sowohl das Validen- wie das Invalideneinkommen ist somit ausgehend vom selben Tabellenlohn zu bestimmen, weshalb der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 entspricht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 20. April 2010, 9C_215/2010 E. 5.2). 5.3 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Allenfalls bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen bereits berücksichtigte invaliditätsfremde Faktoren - wie konkret etwa die ausländische Herkunft - führen nicht auch noch zu einem Abzug (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 5.2). - Die gesundheitlich bedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers sind in der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeitsschätzung enthalten. Insbesondere berücksichtigt diese den Pausenbedarf. Der Umstand, dass bei vollzeitlicher Präsenz, wie sie dem Beschwerdeführer zumutbar ist, nur ein eingeschränktes Rendement möglich ist, ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht abzugsrelevant (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 4. April 2012, 8C_20/2012). Ein Abzug wegen nicht mehr zumutbarer körperlich belastenderer Arbeit fällt, da der genannte Tabellenlohn (des Kompetenzniveaus 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst, nicht in Betracht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 24. Mai 2018, 8C_884/2017 E. 4.2). Ein mehr als 10 % ausmachender Abzug kommt bei den vorliegenden Gegebenheiten, da allein die Rücksicht auf die erforderlichen individuell flexiblen Arbeitspositionen in Betracht fällt, nicht in Frage. Selbst damit ergibt sich allerdings bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad (sondern 37 %; $1 - [0.7 \times 0.9]$). 5.4 Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch daher zu Recht abgelehnt.

E. 6

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 6.2 Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in

gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.

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