

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/303 vom 28. August 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_303

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/303 du 28 août 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/303 del 28 agosto 2019

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 21 Abs. 4 ATSG: Nach einer operativ versorgten Wirbelfraktur und Implantation einer Hüftprothese leidet der Beschwerdeführer unter chronischen Schmerzen. Einige Monate vor der Begutachtung setzte er insbesondere die Medikation mit Opiaten selbständig ab. Gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten ist zunächst von einer 50 %igen, dann von einer 70 %igen und nach Absetzen des Opiats wieder von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Um von der unter adäquater Therapie (u.a. mit Opiaten) voraussichtlich wieder erreichbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgehen zu können, müsste die Beschwerdegegnerin zuerst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchführen. Einer allfälligen Verbesserung des Gesundheitszustandes unter der inzwischen wieder aufgenommenen Therapie kann durch ein Revisionsverfahren Rechnung getragen werden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. August 2019, IV 2017/303).

Volltext

Entscheid vom 28. August 2019 Besetzung Präsidentin Marie Löhler, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2017/303 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Gabriele Sturm, Signalstrasse 17, Postfach 529, 9401 Rorschach, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 25. Juni 2013 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der Versicherte war zuletzt bei der B.____ AG als Verkäufer von Unterhaltungselektronik tätig gewesen und hatte die Stelle Ende 2002 verloren, da die Filialen verkauft worden waren (Protokoll Assessmentgespräch Eingliederung vom 6. September 2013, IV-act. 24). Am 24. April 2003 hatte er einen unklaren Bewusstseinsverlust erlitten und war auf der Treppe gestürzt. Dabei hatte er sich Frakturen in den Wirbeln Th11/12 (Keilkompressions- bzw. Sinterungsfraktur) und LWK 1 (Deckenplattenimpression-/Sinterungsfraktur) zugezogen (Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie Kantonsspital St. Gallen [KSSG] vom 8. Mai 2003, Fremdakten, act. 1-164). Nach erfolglosen nichtoperativen Therapien und einem Rehaaufenthalt vom 14. Januar bis 18. Februar 2004 (Austrittsbericht Rehaklinik Bellikon vom 16. Februar 2004, Fremdakten, act. 1-118 ff.) war am 28. Januar 2005 eine mehrteilige chirurgische Operation zur Behandlung der thorako-lumbalen Schmerzen infolge einer posttraumatischen Kyphose vorgenommen worden (Dorsale Instrumentation Th11-L1, Spongiosaentnahme rechter dorsaler Beckenkamm, ventrales Release sowie anteriore interkorporelle Fusion Th11/12 und Th12/L1 mit Harmscages, dorsale Spondylodese Th11-L1; Klinik für Orthopädische

Chirurgie, Austrittsbericht vom 7. Februar 2005, Fremdakten, act. 1-53 f.; Operationsberichte Fremdakten, act. 1-59 ff.). Ein erneuter Aufenthalt vom 9. November bis 1. Dezember 2005 in der Rehaklinik Bellikon war administrativ abgeschlossen worden, nachdem der Versicherte nicht in die Klinik zurückgekehrt war (Austrittsbericht vom 7. Dezember 2005, Fremdakten, act. 1-26 ff.). Am 15. Dezember 2009 war der Versicherte erneut auf einer Treppe gestolpert und hatte eine Hüftluxation links und Acetabulum-Fraktur Hinterwand links erlitten (Arztbericht Klinik für Orthopädie KSSG vom 29. Dezember 2009, IV-act. 4-1 f.). Diese war am 5. Juli 2012 durch eine Hüftprothese versorgt worden (Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates KSSG vom 30. Januar 2013, IV-act. 11-8 f.). Dr. med. C.____, Fachärztin FMH Innere Medizin, hielt als Diagnosen ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vertebral und linke Hüfte sowie einen Status nach Implantation einer Hüft-Totalprothese links am 5. Juli 2012 bei posttraumatischer Coxarthrose nach Acetabulum-Fraktur links am 15. Dezember 2009 und nach dorsaler Spondylodese Th11-L1 und ventrales Release sowie anteriore interkorporelle Fusion Th11/12 mit Harmscage am 28. Januar 2005 bei posttraumatischer Kyphose infolge einer konservativ behandelten Th12/L1-Fraktur 2003 fest. Der Versicherte leide unter Schmerzen bei grösseren Belastungen und ertrage körperliche Belastung kaum. Es beständen eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule und des linken Beins sowie chronische Schmerzen und Schmerzen in der linken Hüfte; der Versicherte gehe an zwei Unterarmgehstützen. Er sei seit 27. Februar 2012 arbeitsunfähig. Körperlich leichte Tätigkeiten im Sitzen seien zunächst während vier Stunden täglich zumutbar. Eine Steigerung müsste ausprobiert werden ([nicht gegengezeichnetes] FI-Gesprächsprotokoll RAD vom 20. August 2013, IV-act. 10; vgl. auch Bericht zuhanden der Suva vom 12. August 2013, Fremdakten, act. 1-5). Der Versicherte wurde seit April 2013 kontinuierlich am Schmerzzentrum des KSSG behandelt (Bericht vom 27. Februar 2015, Fremdakten, act. 9-9 f.). Es wurde ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vertebral und der Hüfte links mit nozizeptivem Schmerzcharakter, Chronifizierungsgrad III nach Gerbershagen, mit yellow flags Arbeitsplatzverlust und Unzufriedenheit mit der bisherigen Behandlung, diagnostiziert (Bericht vom 25. April 2013, IV-act. 11-3 ff.). In der Folge wurde der Versicherte teilweise erfolgreich mit verschiedenen Opiaten (u.a. Buprenorphin Transtec 35 mcg/h) behandelt und nahm an einem interdisziplinären Schmerzprogramm teil (vgl. Berichte Schmerzzentrum KSSG vom 10. Januar 2014, vom 9. Juli 2014, vom 14. August 2014, vom 16. Dezember 2014, vom 27. Februar 2015, vom 1. April 2015, vom 29. Mai 2015, vom 9. Juli 2015 und vom 24. September 2015, Fremdakten, act. 5-26 ff., act. 7-6 f., act. 9-9 f., IV-act. 57, 71). Die Eingliederungsverantwortliche schloss den Fall am 6. Mai 2014 wegen subjektiver Arbeitsunfähigkeit ab (IV-act. 42-2) und die IV-Stelle beschied dem Versicherten, zurzeit seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (Mitteilung vom 3. Juni 2014, IV-act. 47). Im Bericht des Schmerzzentrums KSSG vom 30. Juni 2016 (IV-act. 72) wurde ausgeführt, der Versicherte habe sich nach letzter Konsultation im Juni 2015 neu vorgestellt. Im Oktober 2015 habe er die Opiattherapie ausgeschlichen und nehme seither keine regelmässige Medikation ein. Nach eigenständigem Absetzen der Opiattherapie sei es zu einer Zunahme der Beschwerden gekommen. Von den im Rahmen des multimodalen Konzepts angebotenen Therapien (u.a. interdisziplinäres Schmerzprogramm, psychosomatisches Assessment) habe der Versicherte nicht profitieren können. Es fehle das Verständnis für eine erfolgreiche Therapie gemäss dem bio-psycho-sozialen Modell. Da keine klaren Strategien für eine ganzheitliche Behandlung vorhanden seien, könne eine weitere Therapie mit langwirksamen Opiaten

(wieder Transtec-Pflaster) empfohlen werden. Der Versicherte zeige sich nun aufgeschlossen und sehr motiviert, weitere Strategien im Umgang mit dem Schmerz zu erlernen. Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte durch die medexperts AG begutachtet (Gutachten vom 29. November 2016; Orthopädie: Dr. med. D.____; Neurologie: Dr. med. E.____, Dr. med. F.____; Psychiatrie: Dr. med. G.____; Allgemeine Innere Medizin: Dr. med. H.____; Untersuchungen 17. und 19. Oktober 2016). Die Gutachter diagnostizierten als gesundheitliche Beeinträchtigungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronische lumbovertebragene Schmerzen bei/mit Status nach dorsaler Spondylodese BWK11-LWK1 mit ventralem Release und intercorporeller Fusion Th11-L1 (Operation 28. Januar 2005 wegen posttraumatischer Kyphose nach Unfall vom 24. April 2003), einer Keilkompressionsfraktur BWK 12, einer Deckenplattenimpressionsfraktur LWK 1 und diskreten Sinterungsfraktur BWK 11, einer Diskopathie L4/5 mit Osteochondrose mit Kompromittierung der Wurzel L5 und S1 links im MRI der LWS vom 24. April 2003, chronischen Hüftschmerzen links bei Insertionstendopathie und muskulärer Dysbalance, Status nach Hüft-TP-Implantation links wegen posttraumatischer Coxarthrose (5. Juli 2012) sowie einer osteosynthetisch versorgten Acetabulumfraktur links bei Unfall mit Acetabulumfraktur und Hüftluxation links nach Sturz am 15. Dezember 2009 (IV-act. 89-59). Weiter erhoben die Gutachter unter anderem ein chronisch nozizeptives Schmerzsyndrom im Bereich des Rückens sowie einen erheblichen Verdacht auf eine komplexe periphere arterielle Verschlusskrankheit (rechter Arm und Beine beidseits, differenzialdiagnostisch Gefässanomalie der rechten oberen Ausflussbahn) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), denen sie keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zumassen (IV-act. 89-59). Polydisziplinär stünden die orthopädischen Gesundheitsstörungen im Vordergrund (IV-act. 89-63). In einer voll adaptierten Tätigkeit werde aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % werde unter der Schmerztherapie und gegebenenfalls Ergotherapie in drei bis sechs Monaten erwartet (IV-act. 89-64 f.). Der RAD (Dr. med. I.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. J.____, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen) nahm am 12. Dezember 2016 Stellung, auf das Gutachten könne abgestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit adaptiert betrage 70 % ganztags. Diese könne durch eine wieder einzuleitende Schmerztherapie erreicht werden (IV-act. 91). Mit Vorbescheid vom 13. Dezember 2016 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 94). Mit Einwand vom 14. Februar 2017 liess der Versicherte vorbringen, er hätte durch einen Facharzt für Neurochirurgie begutachtet werden müssen. Das orthopädische Teilgutachten setze sich nicht mit den erhobenen Befunden auseinander. Psychiatrisch wäre eine weitere Evaluation depressiver Symptome (testpsychologisch) vorzunehmen gewesen. Trotz der möglicherweise relevanten Lungenerkrankung sowie der sehr wahrscheinlichen Erkrankung der Gefässe mit jeweils entsprechender Funktionseinschränkung und Leistungseinbusse würden von internistischer Seite keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mitgeteilt. Dennoch seien weitere Abklärungen empfohlen worden. In der Stellungnahme des RAD vom 12. Dezember 2016 werde die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 70 % bzw. adaptiert 50 % nicht übernommen. Vielmehr werde von einer bereits erreichten und deutlich gebesserten Arbeitsfähigkeit ausgegangen (IV-act. 101). Die IV-Stelle holte weitere Stellungnahmen des RAD und des Rechtsdienstes ein. RAD-Ärztin Dr. I.____ hielt im Wesentlichen fest, der Gesundheitszustand sei fachkompetent beurteilt worden; im Übrigen liege es in der Kompetenz der MEDAS, die erforderlichen

Fachdisziplinen festzulegen. Es liege in der Kompetenz des psychiatrischen Gutachters, festzulegen, welche Abklärungsinstrumente er benötige. Internistisch sei lediglich die Verdachtsdiagnose einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit gestellt worden. Der Verdacht auf eine relevante Lungenkrankheit sei nicht geäußert worden. Sollte eine periphere arterielle Verschlusskrankheit oder leichte COPD vorliegen, hätte dies keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten, da der Versicherte ohnehin nur körperlich leichte Tätigkeiten, überwiegend sitzend, ausführen dürfe. Die vorhandenen somatischen Befunde bzw. Verdachtsdiagnosen seien in die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung einbezogen worden. Mit dem Einwand würden keine neuen medizinischen Fakten aufgeführt, die Anlass dazu geben würden, vom Gutachten abzuweichen (IV-act. 104). Seitens des Rechtsdienstes wurde ausgeführt, laut Gutachten habe der Versicherte ein halbes Jahr vor der Begutachtung ohne triftigen Grund die verschriebenen Schmerzmedikamente abgesetzt, was wesentlich zur Verschlechterung des Schmerzsyndroms beigetragen habe. Dadurch habe er seine Schadenminderungspflicht verletzt. Für die Ermittlung des Invaliditätsgrades sei von der Fiktion einer implementierten Schmerztherapie und demzufolge einer zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 70 % für adaptierte Tätigkeiten auszugehen (Stellungnahme vom 23. Juni 2017, IV-act. 105). Mit Verfügung vom 26. Juni 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um Ausrichtung einer Rente ab. Unter Hinweis auf die Stellungnahmen des RAD vom 21. Juni 2017 und des Rechtsdienstes vom 23. Juni 2017 sei von der Fiktion einer implementierten Schmerztherapie und demzufolge einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70% auszugehen. Da der Versicherte seit längerem keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen sei, könne sowohl für die Bemessung des Validen- als auch des Invalideneinkommens vom selben Tabellenlohn ausgegangen werden. Aufgrund des Einkommensvergleichs erleide er eine Erwerbseinbusse bzw. bestehe ein Invaliditätsgrad von 30% (IV-act. 106). Gegen die Verfügung vom 26. Juni 2017 lässt A.____, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. G. Sturm, am 30. August 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es sei ihm eine ganze Rente, jedoch mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Eventualiter sei ein neues Gutachten unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Beschwerden in Auftrag zu geben. Zur Begründung führt er im Wesentlichen aus, das Gutachten sei bezüglich der attestierten Arbeitsfähigkeit und Prognose in sich widersprüchlich. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtige gesundheitliche Einschränkungen im Bereich der Lunge und der Gefäße nicht. Psychiatrisch hätte eine testpsychologische Evaluation der geltend gemachten depressiven Symptome erfolgen müssen. Die Verletzung der Schadenminderungspflicht werde bestritten, zumal er eine Medikation in Form von Pflastern (Transtec 35 Mikrogramm/h) anwende (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 3. November 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das Gutachten enthalte sowohl in den einzelnen Teilgutachten als auch im interdisziplinären Konsens ausführliche Beurteilungen mit begründeten Schlussfolgerungen zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Den Gutachtern komme betreffend die Wahl der Untersuchungsmethoden und der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen ein weiter Ermessensspielraum zu. Die beigezogene orthopädische Gutachterin sei kompetent für die Beurteilung des Rücken- bzw. Wirbelsäulenleidens. Im psychiatrischen Kontext bilde die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung die wichtigste Grundlage gutachterlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen. Es obliege dem psychiatrischen Gutachter zu entscheiden, ob er zur Befunderhebung testpsychologische

Befunde beiziehen wolle. Es seien keine Mängel in der psychiatrischen Begutachtung erkennbar. Ausserdem müssten nicht sämtliche einzelnen Gesundheitsbeeinträchtigungen spezifiziert Eingang in die Arbeitsfähigkeitsschätzung finden. Vielmehr liege die gesamthafte Würdigung der vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen und die Stellungnahme zu deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im fachärztlichen Beurteilungsspielraum. Die Vorbringen in der Beschwerde vermöchten die Schlüssigkeit des Gutachtens also nicht in Frage zu stellen. Selbst wenn der Beschwerdeführer unterdessen Schmerzpflaster verwende, habe er die in der Vergangenheit wirksame Opiattherapie ohne ärztliche Empfehlung abgebrochen, wodurch es zu einer deutlichen Verschlechterung der Schmerzsituation gekommen sei. Der Schluss der Gutachter, dass sich die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit im Falle einer (optimal) implementierten Schmerztherapie auf 70 % steigern lasse, erscheine plausibel. Aus rechtlicher Sicht habe der Beschwerdeführer seine Schadenminderungspflicht verletzt. Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht sei die Selbsteingliederungspflicht nicht erst nach der gutachterlichen Festlegung der Arbeitsfähigkeit gegeben. Der Beschwerdeführer sei seit Ende 2002 keiner geregelten Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Da keine repräsentativen Angaben zur hypothetischen Validenkarriere bestünden, seien die beiden Vergleichseinkommen auf der Grundlage derselben statistischen Durchschnittslöhne zu ermitteln. Aufgrund des medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofils sei beim Beschwerdeführer immer noch von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen, weshalb unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden könnten, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen seien. Solche seien nicht ersichtlich und würden nicht geltend gemacht. Ohne Gewährung eines Abzugs betrage der Invaliditätsgrad 30 %, entsprechend dem Grad seiner Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten (act. G 4). Mit der Replik vom 8. Januar 2018 reicht der Beschwerdeführer den Bericht über eine neuropsychologische Untersuchung vom 7. November 2017 (Klinik für Neurologie KSSG, vom 9. November 2017, act. G 8.1) und einen Untersuchungsbericht der Klinik für Angiologie KSSG vom 20. November 2017 (act. G 8.2) ein. Zweifelsfrei handle es sich um eine deutlich fortgeschrittene Arteriosklerose und periphere arterielle Verschlusskrankheit. Zudem erhärte sich der Verdacht auf eine chronische obstruktive Lungenkrankheit, so dass eine entsprechende pulmologische und weiterhin schlafmedizinische Untersuchung erforderlich erscheine, um das Ausmass der körperlichen Funktionseinbussen beurteilen zu können. Es zeige sich eine komplizierte gesundheitliche Beschwerdeproblematik, die zwingend in einem erneuten Gutachten unter Einbezug sämtlicher beteiligter Fachgebiete abgeklärt werden müsse. Eine umfassende, gesamt betrachtende Beurteilung sei bisher nicht veranlasst worden (act. G 8). Mit Duplik vom 12. Januar 2018 macht die Beschwerdegegnerin geltend, die neu eingereichten Berichte setzten sich weder mit den gutachterlichen Schlussfolgerungen auseinander, noch äusserten sie sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Sie würden auch sonst keine wichtigen Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben seien, benennen. Demnach vermöchten sie keine Zweifel an der Schlüssigkeit des beweiskräftigen polydisziplinären Gutachtens vom 29. November 2016 zu erwecken (act. G10). Der Beschwerdeführer reicht mit Eingaben vom 6. Februar 2018 (act. G 12; act. G 12.1) und 19. Februar 2018 (act. G 14; act. G 14.1) das Aufgebot und den Untersuchungsbericht der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin vom 16. Februar 2018 betreffend die Untersuchung vom gleichen Tag zu den Akten. 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). 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 ergebenden 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 und zu beurteilen ist die Beweistauglichkeit des Gutachtens der

medexperts AG vom 29. November 2016. Der Beschwerdeführer gab an, aktuell leide er an Beschwerden an der Hüftaussen- sowie an der Oberschenkelinnenseite. Die zuletzt durchgeführte physikalische Therapie habe keine Besserung gebracht (IV-act. 89-33). Er habe permanent vorhandene Schmerzen, die sowohl im LWS- Bereich und im unteren BWS-Bereich lokalisiert seien als auch in der Hüfte links. Jede Art von Rumpfbewegung verursache eine Schmerzzunahme. Sitzen könne er nur gut leicht nach vorn gebeugt und während eineinhalb Stunden. Im Stehen habe er vor allem Probleme mit dem Aufheben von schweren Gegenständen. Die Schmerzintensität sei variabel, zwischen 4 und 8/10 VAS. Das Gehen sei weniger durch den Rücken als viel mehr durch die Hüftproblematik limitiert (IV-act. 89-45, 62). Er versuche, spazieren zu gehen und seit rund einem halben Jahr bzw. ca. acht Monaten ohne Schmerzmedikamente auszukommen (IV-act. 89-33, 40). Aktuell nehme er keine Dauermedikation und bei Bedarf 20 Tropfen Tramal ein. Diese verursachten Übelkeit und Schwindel und seien ohne wirklichen Effekt. Transtec sei pausiert (IV-act. 89-33, 45). Die Schmerzstärke liege aktuell ohne Medikamente bei 4 - 8 VAS. Er sei (erneut) angemeldet in der Schmerzambulanz, da er wieder Transtec nehmen wolle (IV-act. 89-54). Wenn er nach draussen gehe, müsse er immer einen Gehstock benutzen (IV-act. 89-33). Bis vor eineinhalb Jahren habe er beidseits Krücken benutzt (IV-act. 89-46, 62). Für körperlich schwere Arbeiten habe er eine Haushaltshilfe, leichte Hausarbeiten und das Kochen erledige er selbst (IV-act. 89-46). Vormittags trinke er auswärts Kaffee und treffe dabei zufällig Bekannte. Nachmittags gehe er einkaufen und spazieren, wenn er genügend Energie habe. Dabei müsse er sich nach zehn Minuten setzen. Abends koche er eine komplette Mahlzeit. Dann lese er (Krimis, Sachbücher) oder beschäftige sich mit Computerspielen (Schach), dem Internet oder mit Musik. Er pflege zahlreiche Skype-Bekanntschaften, auszugehen sei zu teuer (IV-act. 89-52). Die orthopädische Hauptgutachterin führte aus, der Beschwerdeführer zeige ein flüssiges Gangbild mit einem Gehstock und einem leichten Schulterüberhang nach rechts. Die Halswirbelsäule sei frei beweglich. Die Kyphose im Brustwirbelsäulenabschnitt sei nicht verstärkt. Der Entfaltungsbogen sei schmerzbedingt eingeschränkt. Die paravertebrale Druckdolenz im Bereich BWK 11 und LWK 5 sei beidseits im Rückenstreckerlauf lokalisiert. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei endgradig in Rotation und Seitenneige eingeschränkt, wobei ein Seitneigeschmerz nach links angegeben werde. Die Rotation sei schmerzfrei. Radiologisch zeigten sich eine moderate Degeneration des kaudalen Anschlusssegmentes LWK 1 sowie osteochondrotische Veränderungen im Bereich der übrigen LWS/LWK 3-5, mit Höhenminderung des Zwischenraumes, eine Retrolisthesis L4/5, ein Baastrup Phänomen entlang LWK 1-5, sowie leichte Spondylarthrosen LWK 4 bis SWK 1. Die Schädigung und Störung von Seiten der Brust- und Lendenwirbelsäule seien objektivierbar. Durch die Spondylodese bestehe eine eingeschränkte Funktion vor allem im thorakolumbalen Übergang für Vorneigehaltung. Aufgrund der osteochondrotischen Veränderungen im unteren Lumbalabschnitt sei der Beschwerdeführer zusätzlich für Zwangshaltungen handicapiert; schweres Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sei nicht möglich (IV-act. 89-62 f.). Die Druckdolenz über dem Trochanter major deute auf eine Insertionstendopathie hin. Die Adduktorenmuskulatur sei im Ansatz und Verlauf druckdolent und hyperten. Die Hüftfunktion sei endgradig eingeschränkt, sowohl in Flexion als auch in Rotation, Ab- und Adduktion. Aufgrund der eingeschränkten Hüftfunktion sei der Beschwerdeführer für Treppen-/Leitersteigen und Gehen auf unebenem Gelände eingeschränkt (IV-act. 89-62). Aufgrund der chronischen Schmerzen werde von einer Verlangsamung und einem vermehrten Arbeitspausenbedarf ausgegangen

(IV-act. 89-63). In leichter, wechselbelastender, überwiegend sitzender Tätigkeit mit der Möglichkeit, die Position zu wechseln, ohne Klettern, Gerüste-/Treppensteigen, ohne Heben und Tragen von Lasten bis (richtig wohl: über) 5 kg, ohne einseitige Zwangshaltung der Wirbelsäule werde aus rein orthopädischer Sicht aktuell eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % angenommen (IV-act. 89-63), begründet durch die Gesundheitsstörung und Handicaps bei der erhobenen Untersuchung (IV-act. 89-65). Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % werde unter Schmerztherapie und gegebenenfalls Ergotherapie in drei bis sechs Monaten erwartet (IV-act. 89-65). Vom neurologischen Gutachter wurde ein chronisches nozizeptives Schmerzsyndrom im Bereich des Rückens diagnostiziert. Er führte im Wesentlichen aus, aufgrund einer früheren Nervenwurzelkompression S1 fehle der ASR links. Aktuell bestehe kein Anhaltspunkt für eine radikuläre Schmerzausstrahlung oder klinisch relevante Radikulopathie. Klinisch-neurologisch liege weder eine Parese noch eine Sensibilitätsstörung im Dermatome S1 vor. Der Befund habe somit keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 89-49). Das orthopädische Zumutbarkeitsprofil ist durch die Rückenosteosynthese und die Hüftprothese sowie die lumbalen Degenerationen objektiv begründet. Nachvollziehbar ist die neurologische Ausföhrung, wonach die Schmerzen, soweit sie neurologisch nozizeptiv bzw. durch die ehemalige S1-Wurzelkomprimittierung begründet sind, aktuell keine objektivierbaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Die orthopädische Gutachterin diagnostiziert aus dem Blickwinkel ihres Fachgebiets ebenfalls Schmerzen. Aufgrund derer geht sie von einer Verlangsamung und von einem Pausenbedarf aus (IV-act. 89-63). Somit erachtet sie diese Schmerzkomponente als objektivierbar. Aufgrund der diagnostizierten Diskopathie L4/5 mit Osteochondrose und der Insertionstendopathie und muskulärer Dysbalance erscheint nachvollziehbar, dass der Beschwerdeföhrer nicht nur in den noch möglichen Bewegungen und in der Belastbarkeit, sondern auch durch insoweit objektivierbare Schmerzen eingeschränkt ist. Zudem kann angenommen werden, dass sich die durch die Rückenversteifung und die Hüftprothese, aber auch durch die Schmerzen eingeschränkte Beweglichkeit nicht nur auf das qualitative Zumutbarkeitsprofil, sondern auch auf die Arbeitsgeschwindigkeit und damit auf die quantitative Leistungsfähigkeit auswirkt. Der internistische Gutachter prüfte die Lungenfunktion mit normalem Ergebnis, vermerkte allerdings, dass formal kein akzeptabler Versuch vorliege (IV-act. 89-56). Zudem erhob er einen erheblichen Verdacht auf eine komplexe arterielle Verschlusskrankheit (rechter Arm und Beine beidseits), differenzialdiagnostisch Gefässanomalie der rechten oberen Ausflussbahn (IV-act. 89-57). Er attestierte keine Arbeitsunfähigkeit und empfahl die Kontrolle gewisser Laborparameter (Leukozyten, Differentialblutbild, Hämatokrit, alkalische Phosphatase bzw. Leber- und Knochenparameter; IV-act. 89-56 ff.). In der Klinik für Angiologie KSSG wurde am 17. November 2017 eine periphere arterielle Verschlusskrankheit, Stadium I nach Fontaine, links und eine Verschlusskrankheit der oberen Extremitäten diagnostiziert. Es wurde festgehalten, bezüglich einer Armclaudicatio sei der Beschwerdeföhrer völlig asymptomatisch. Da er eine Oberschenkel- und Wadenclaudicatio verneine, werde an der Beurteilung vom September festgehalten und ein asymptomatisches Stadium der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der unteren Extremitäten diagnostiziert (Bericht vom 20. November 2017, act. G 8.2). In Anbetracht der fehlenden Symptomatik ist ohne weiteres plausibel, dass sich die Verschlusskrankheit weder in Bezug auf den rechten Arm noch auf die Beine auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Eine pneumologische Abklärung an der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des KSSG führte zur Diagnose eines Lungenemphysems; differenzialdiagnostisch lägen die

eigentlichen Kriterien für eine Respiratory bronchiolitis interstitial lung disease (RB-ILD) nicht vor. Die Lungenfunktionsprüfung ergab normale statische und dynamische Lungenvolumina und eine knapp mittelschwer eingeschränkte Diffusionskapazität (act. G 14.1). Der pneumologische Bericht vom 16. Februar 2018 äussert sich nicht zur Arbeitsfähigkeit. RAD-Ärztin Dr. I. ___ führte in der Stellungnahme vom 21. Juni 2017 unter anderem aus, eine leichte COPD hätte keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten, da der Beschwerdeführer ohnehin nur körperlich leichte Tätigkeiten, überwiegend sitzend, ausführen könne (IV-act. 109-8). Die beim Beschwerdeführer erhobenen Lungenfunktionswerte FEV1 (Einsekundenkapazität) von 90 % und der Quotient FEV1/VK (inspiratorische Vitalkapazität, VC_{MAX}) von 75 % liegen über jenen, welche bei einer leichten COPD auftreten (FEV1 gleich oder über 80 %, FEV1/VK unter 70 %; vgl. Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin 2017, S. 355). Auch wurde (ausser der Beibehaltung des Rauchstopps) keine medikamentöse Therapie verordnet (vgl. act. G. 14.1). Die nachträglichen Untersuchungen ergänzen das internistische Gutachten in dem Sinne, dass keine weiteren Erkrankungen vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit über das orthopädisch begründete Ausmass hinaus einschränken. Die Ergebnisse stellen das internistische Teilgutachten nicht in Frage. Der psychiatrische Gutachter beschrieb im Wesentlichen einen unauffälligen Psychostatus. Das formale Denken sei geordnet, kohärent und nicht verlangsamt. Objektiv hätten sich keine Anhaltspunkte für Konzentrationsstörungen oder eine reduzierte Konzentrationsleistung gezeigt. Affektiv habe der Beschwerdeführer euthym, gut schwingungsfähig und auslenkbar imponiert. Hinsichtlich seiner sozialen Situation habe er sich gefasst und die Situation akzeptierend, jedoch nicht resigniert geäussert. Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig gewesen (IV-act. 89-39). Im Rahmen der Schmerztherapie habe der Beschwerdeführer drei psychiatrische bzw. psychologische Konsultationen gehabt. Die beschriebene, teils depressiv anmutende Symptomatik ab 2006, für knapp zwei Jahre bestehend, sei retrospektiv diagnostisch als Anpassungsstörung klassifizierbar (IV-act. 89-40). Hinsichtlich der Persönlichkeit zeigten sich beim Versicherten gewisse narzisstisch anmutende Aspekte. Diese seien für die Diagnose einer eigenständigen (narzisstischen) Persönlichkeitsstörung nicht ausreichend. Allenfalls könne jedoch eine Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) gestellt werden. Die geschilderten Schmerzsymptome seien nur teilweise für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) passend, da sich einerseits keine ausgeprägten emotionalen Konflikte zeigten und andererseits doch eine körperliche Ätiologie gegeben scheine, so dass von einer Diagnosestellung auch unter Einbezug der polydisziplinären Sicht Abstand genommen werde (IV-act. 89-41). Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in seiner bisherigen, aber auch in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Diese Einschätzung erfolge nicht nur diagnose- oder symptom basiert, sondern anhand der erhaltenen Funktionen sowie Ressourcen bzw. auch anhand vorhandener Handicaps auch unter Berücksichtigung des Mini-ICF's (IV-act. 89-42). Der Beschwerdeführer rügt, dass keine testpsychologische Evaluation erfolgt sei. Grundsätzlich ist es der Gutachterperson überlassen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juli 2014, 8C_450/2014, E. 4.2, mit Verweisen). Beim Beschwerdeführer wurde - ausser der zeitweisen Einnahme von Antidepressiva zur Schmerzlinderung (vgl. IV-act. IV-act. 89-42; act. G 8.1) - bisher nie eine psychische Gesundheitsstörung diagnostiziert oder behandelt. Der Psychostatus bei der Begutachtung war unauffällig.

Insoweit ist nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter keine testpsychologischen Untersuchungen vornahm. Diesen kommt beweismässig im Verhältnis zur klinischen Untersuchung lediglich ergänzende Beweisfunktion zu (Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2013, 9C_953/2012, E. 3.2.1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. August 2006, I 391/06 E. 3.2.2). Die neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 7. November 2017 zeigte gesamthaft diskrete kognitive Funktionsstörungen in einem Teilbereich der Exekutivfunktionen (leicht reduzierte figurale Flüssigkeit) sowie eine leicht reduzierte psycho-physische Belastbarkeit, die sich auch in einer leichten Verlangsamung im zeitlichen Verlauf (Reiz-Reaktions-Aufgaben) manifestiert habe. Alle anderen Leistungen lägen im Normbereich. Die vom Beschwerdeführer empfundenen deutlichen Konzentrationsstörungen konnten nicht objektiviert werden. Affektiv habe der Beschwerdeführer stabil gewirkt; Antrieb, Affektmodulation und Schwingungsfähigkeit seien jedoch leicht reduziert (Bericht Klinik für Neurologie KSSG vom 9. November 2017, act. G 8.1). Im Wesentlichen bestätigt die neuropsychologische Beurteilung somit diejenige des psychiatrischen Gutachters. Im Gutachten wird weiter dargelegt, aufgrund der finanziellen Enge unternehme der Beschwerdeführer nur noch wenig mit Freunden oder Kollegen, jedoch zeige sich ein aktives Sozialleben via Internet. Den gewissen sozialen Rückzug erkläre er sich alleine mit seiner finanziellen Enge. Insgesamt imponiere er als mit einer grundsätzlich guten lebenspraktischen und kommunikativen Kompetenz ausgestattet (IV-act. 89-41). Die sozialen Faktoren seien aus psychiatrischer Sicht aktuell psychopathologisch nicht so ausgeprägt, dass daraus eine schwere Störung resultiere (IV-act. 89-42). Die Tagesstruktur entspreche derjenigen eines Menschen mit chronischen Schmerzen und Langzeitarbeitslosigkeit bei noch relativ gut erhaltenem sozialem Netzwerk (IV-act. 89-47). Der Beschwerdeführer sei in der Lage, nach seinen Möglichkeiten für seine Interessen einzustehen und diese auch durchzusetzen. Realitätsprüfung, Urteilsbildung sowie die Kontaktgestaltung seien gegeben bzw. ressourcenmässig verfügbar (IV-act. 89-42). Es bestünden leicht ausgeprägte Beeinträchtigungen hinsichtlich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und der Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen (IV-act. 89-43). Aufgrund des langjährigen Verlaufs der Schmerzchronifizierung seien die Ressourcen gering (IV-act. 89-63). Im Explorationsgespräch zeige sich kein Anhalt für eine Simulation oder eine Dissimulation bzw. für eine ausgeprägte Aggravationstendenz. Die Schmerzsymptome seien nicht verdeutlicht dargestellt worden. Es bestünden (jedoch) Diskrepanzen in den Aussagen des Beschwerdeführers, er könne sich an viele Dinge nicht richtig erinnern (IV-act. 89-40, 42, 63). Das Gutachten der medexperts AG vom 29. November 2016 berücksichtigt die beklagten Beschwerden und vorhandenen medizinischen Akten vollständig. Die im Verfahren eingereichten angiologischen, pneumologischen und neuropsychologischen Berichte enthalten keine objektiven medizinischen Befunde, welche die gutachterliche Beurteilung zu entkräften vermögen, sondern ergänzen und bestätigen diese vielmehr. Der psychiatrische Gutachter hat sich auch zu den Ressourcen und zur Konsistenz geäußert. Hier ist beizufügen, dass den Gutachtern die zeitweise mangelnde Compliance des Beschwerdeführers, insbesondere die Tatsache, dass er seit längerem keine Medikamente mehr eingenommen hatte, bekannt war und somit in die Beurteilung mit eingeflossen ist. Auf das Gutachten als medizinische Grundlage kann deshalb abgestellt werden. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wird im Gutachten ausgeführt, nach der Hüft-TP-Implantation am 5. Juli 2012 sei der Beschwerdeführer bis einschliesslich 7. September 2012 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen.

Ab Januar 2013 bis zum aktuellen Zeitpunkt werde die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 70 % eingeschätzt (IV-act. 89-65). Bei Anmeldung zum Leistungsbezug am 25. Juni 2013 besteht ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. Dezember 2013 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Da der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit ab Juli 2012 zu 100 % und ab Januar 2013 zu 70 % arbeitsunfähig war, war am 1. Dezember 2013 auch das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen, womit gegebenenfalls der Rentenbeginn auf dieses Datum fällt. Die Gutachter nehmen das Vorliegen der 50 %igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ab November 2016 (Zeitpunkt des Gutachtens) an (IV-act. 69-65). Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab Dezember 2013 kann dem Gutachten nicht entnommen werden. Die Therapie am Schmerzzentrum des KSSG begann im April 2013 (Bericht vom 27. Februar 2015, Fremddakten, act. 9-9 f.). RAD-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, schätzte die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten am 20. August 2013 auf 50 %, wobei eine Steigerung im Verlauf ausprobiert werden müsste (IV-act. 29-3). Noch am 9. Juli 2014 berichtete das Schmerzzentrum, die aktuelle Medikation mit Novalgin und Tramal sei wirkungslos. Mit Methadon wurde subjektiv eine deutliche Besserung verspürt, der Beschwerdeführer benötigte nur noch einen Gehstock (Berichte Schmerzzentrum KSSG vom 14. August 2014, Fremddakten, act. 5-26, und vom 16. Dezember 2014, Fremddakten, act. 7-6 f.). Auch auf die medikamentöse Umstellung auf Buprenorphin Transtec TTS 35 mcg/h (Pflaster) sprach der Beschwerdeführer gut an, so dass er ohne Hilfsmittel gehen konnte (Bericht Schmerzzentrum KSSG vom 24. September 2015, IV-act. 71). Nach eigenen Angaben sistierte der Beschwerdeführer die Therapie sechs bis acht Monate vor der Begutachtung Ende Oktober 2016 (IV-act. 89-33, 38), somit also etwa im März 2016. Aus den Berichten des Schmerzzentrums vom 24. und 30. Juni 2016 (IV-act. 72, 74-6 ff.) geht allerdings hervor, dass die letzte Konsultation im Juni 2015 stattgefunden habe und der Beschwerdeführer die Opiattherapie im Oktober 2015 ausgeschlichen habe. Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von 50 % bezieht sich auf einen Zeitraum, in welchem der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben keine dauerhafte Schmerzmedikation einnahm. Die Annahme, dass sich unter adäquater medikamentöser Therapie (ergänzt durch Physio-, Ergo- sowie Wassertherapie, IV-act. 89-66) eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten erreichen lasse, erscheint plausibel, zumal auch RAD-Arzt Dr. J.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % annahm, bevor die Therapie mit Opiaten zu einer deutlichen Verbesserung der Beschwerden führte. Für die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bedeutet dies, dass der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich bis zum Eintritt der am 16. Dezember 2014 berichteten deutlichen Verbesserung (Fremddakten, act. 7-6 f.) in adaptierten Tätigkeiten zu 50 % und anschliessend bis zur Sistierung der Medikamente im Oktober 2015 zu 70 % arbeitsfähig war. Indem die Beschwerdegegnerin nicht von der gemäss Gutachten attestierten aktuellen Arbeitsfähigkeit von 50 %, sondern von der erreichbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgeht, nimmt sie eine teilweise Leistungsverweigerung vor. Diese begründet sie mit einer Verletzung der Schadenminderungspflicht (act. G 4, Ziff. 10). Gemäss Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Die versicherte Person muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben dienen, insbesondere auch an medizinischen Behandlungen, aktiv teilnehmen (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche

Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkfrist einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Die Beschwerdegegnerin hatte bislang kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt. Sie durfte deshalb nicht von der nach Abschluss einer drei- bis sechsmonatigen Therapie prognostizierten Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgehen, zumal noch offen ist, welche Medikamente tatsächlich geeignet sein werden, nachdem das Schmerzzentrum (mit Ausnahme von Transtec Pflastern) am 30. Juni 2016 keine weitere Opiattherapie empfahl (vgl. IV-act. 72-2). Es ist daher von der gutachterlich aktuell attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Der Beschwerdegegnerin bleibt es unbenommen, ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren einzuleiten bzw. - zumal der Beschwerdeführer die Therapie inzwischen offenbar wieder durchführt (vgl. Berichte der Klinik für Angiologie KSSG vom 20. November 2017, act. G 8.2, S. 2, und der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin KSSG vom 16. Februar 2018, act. G 14.1) - den medizinischen Sachverhalt zu aktualisieren und die Rente danach gegebenenfalls anzupassen. Somit ist für den Zeitraum vom 1. Dezember 2013 bis 16. Dezember 2014 von einer 50 %igen, danach bis Oktober 2015 von einer 70 %igen und ab diesem Zeitpunkt wiederum von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer absolvierte eine Ausbildung im Verkauf und war im Verkauf von Unterhaltungselektronik tätig (IV-act. 89-38; Fremddaten, act. 1-141 f.). Stabile Einkommensverhältnisse sind aus dem IK-Auszug nicht ersichtlich, es wurden immer wieder Beiträge als Nichterwerbstätiger oder über die Arbeitslosenversicherung abgerechnet (IV-act. 67). Die letzte Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt war diejenige als Verkäufer bei der B. ___ von Januar 2000 bis Dezember 2002. Ein zumutbares Invalideneinkommen erzielt der Beschwerdeführer nicht. Somit ist ein Prozentvergleich vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2017, 9C_804/2016, E. 2.2). Die Verlangsamung bzw. der vermehrte Pausenbedarf aufgrund der Bewegungseinschränkungen und der Schmerzen sind in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Die Einschränkung des Zumutbarkeitsprofils mit einer Beschränkung auf im Wesentlichen sitzende Tätigkeiten und einer Gewichtslimite von 5 kg begründen einen Tabellenlohnabzug von 10 %. Somit resultiert bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ein Invaliditätsgrad von 55 % und bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % von 37 %. Unter Berücksichtigung von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) hat der Beschwerdeführer somit vom 1. Dezember 2013 bis 31. März 2015 und ab 1. Februar 2016 Anspruch auf eine halbe Rente. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 26. Juni 2017 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführer hat vom 1. Dezember 2013 bis 31. März 2015 und ab 1. Februar 2016 Anspruch auf eine halbe Rente. 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. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen im vorliegenden Fall von einem im Wesentlichen vollständigen Obsiegen des

Beschwerdeführers auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C_288/2015, E. 4.2). Dass dem Beschwerdeführer für die Dauer von zehn Monaten keine Rente zugesprochen wird, rechtfertigt es nicht, bezüglich Kostenauflegung von einem vollständigen Obsiegen abzuweichen. Die Beschwerdegegnerin hat daher die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die beschwerdeführende Partei sodann Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand ist dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von praxisgemäss Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung 26. Juni 2017 aufgehoben und der Beschwerdeführer hat vom 1. Dezember 2013 bis 31. März 2015 und ab 1. Februar 2016 Anspruch auf eine halbe Rente. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung 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.