

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/309 vom 4. Oktober 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2017\\_309](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_309)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/309 du 4 octobre 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/309 del 4 ottobre 2019

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Beweistauglichkeit eines polydisziplinären (Gutachtens Neurologie, Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie, Angiologie). Dieses attestierte dem Beschwerdeführer in körperlich leichten bis sehr selten mittelschweren adaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Nur für einen Teil der geklagten Beschwerden - insbesondere eine leichtgradige Cauda-Symptomatik - ergibt sich das Ausmass der funktionellen Beeinträchtigung aus objektivierbaren radiologischen und/oder klinischen Befunden. Soweit die ausstrahlenden Beschwerden der Wirbelsäule darüber hinaus klinisch nicht objektivierbar sind, wurden sie von den Gutachtern zu Recht nicht berücksichtigt. Der Einkommensvergleich ergäbe auch bei maximalem Tabellenlohnabzug von 25 % keinen Rentenanspruch. Ein solcher besteht befristet aufgrund einer operationsbedingten 100 %igen Arbeitsunfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Oktober 2019, IV 2017/309).

## **Volltext**

Entscheid vom 4. Oktober 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2017/309 Parteien A.\_\_\_, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_ meldete sich am 31. Juli 2013 mit Hinweis auf ein radikuläres Syndrom L5/S1 links, eine Diskushernie und einen Tinnitus bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 12), nachdem er am 16. Juli 2013 während eines Rehaaufenthaltes in der Klinik Valens durch diese zur Früherfassung angemeldet worden war (IV-act. 7; vgl. auch Protokoll Früherfassungsgespräch vom 31. Juli 2013, IV-act. 10, und vertrauensärztlicher Bericht Dr. med. B.\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom 23. Oktober 2013, Fremdakten, act. 6). Dr. med. C.\_\_\_, Innere Medizin und Onkologie FMH, hielt im Arztbericht vom 20. August 2013 fest, der Versicherte leide an einem lumbospondylogenen Syndrom bei regredienter Fussheberparese links, bei Diskushernie L5/S1 medio-lateral mit Kompression der Nervenwurzel S1 links (MRI vom 23. Mai 2013) und muskulärer Dysbalance, an einem Tinnitus beidseits, an einer Varikosis beidseits, Zustand nach Varizen-Operation beidseits vor ca. 10 Jahren, sowie aktuell (August 2013) an einem Erysipel am linken Unterschenkel. Funktionsbeeinträchtigend seien nach einigen Stunden auftretende belastungsabhängige Schmerzen im linken Bein. Zusätzlich bestehe (auch) bei geringer Belastung eine rezidivierende Schwellung des linken Unterschenkels. Der Versicherte könnte allenfalls leichte Tätigkeiten, wo er zwischendurch sitzen könnte, ausüben (IV-act. 26). RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, nahm am 2. April

2014 Stellung: Der Tinnitus bestehe wohl seit Jahren und bedürfe keiner weiteren Therapie und habe nach Aktenlage bisher noch nie zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt. Bezüglich des radikulären Syndroms sei der Versicherte für die bisherige Tätigkeit nicht mehr geeignet, falls diese rückenbelastend sei. In einer rückenadaptierten Tätigkeit sei von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 49-2). Die IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 25. April 2014 das Leistungsbegehren bezüglich beruflicher Massnahmen ab, da sich der Versicherte nicht in der Lage sehe, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-act. 52). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Vorbescheid vom 9. Mai 2013 [richtig: 2014], IV-act. 55; Einwand vom 6. Juni 2014, IV-act. 59) wies sie mit Verfügung vom 23. Juni 2013 (richtig: 2014) das Leistungsgesuch gestützt auf die Stellungnahme des RAD mangels Einkommenseinbusse betreffend Rente ebenfalls ab (IV-act. 61). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 19. August 2014 Beschwerde. Er machte im Wesentlichen geltend, seine Restarbeitsfähigkeit sei ungenügend abgeklärt worden und legte verschiedene medizinische Berichte vor (IV-act. 66-2 f.): Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hatte gemäss Bericht vom 21. Februar 2014 einen dringenden Verdacht auf ein Kubitaltunnelsyndrom (bzw. Sulcus-ulnaris-Syndrom) erhoben (IV-act. 68-17 ff.). Gemäss Austrittsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2014 wurde bei rezidiver Leistenhernie links eine Herniotomie mit Hernioplastik vorgenommen (IV-act. 68-8 f.). Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, hatte in ihrem Bericht vom 11. Juli 2014 die Diagnosen eines dekompensierten Tinnitus auris beidseits Grad 3 -4 sowie einer mittelgradigen lärmtraumatischen Hochtonperzeptionsstörung beidseits festgehalten. Aktuell sei der Versicherte nicht arbeitsfähig. Sollte das Schmerzsyndrom in Verbindung mit der depressiven Grundhaltung rückläufig sein, wäre er in einer ruhigen, einfachen Tätigkeit zu 30 % arbeitsfähig (IV-act. 68-12). Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, Klinik Valens, hatte im Bericht vom 22. Juli 2014 ausgeführt, verglichen mit der klinischen Untersuchung vom März 2012 bzw. den Befunden anlässlich der stationären Rehabilitation im Sommer 2013 habe sich die chronische Radikulopathie L5 und S1 links zurückgebildet. Die klinische Symptomatik sei aktuell als lumbospondylogenes Syndrom links zu interpretieren bei den bekannten degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren LWS. Zusätzlich sei der Versicherte durch ein regredientes Sulcus ulnaris Syndrom links beeinträchtigt, wobei aktuell die motorischen Funktionen der durch den N. ulnaris versorgten Muskeln unauffällig seien. Die beklagten brennenden Missempfindungen an beiden Unterschenkeln seien einerseits sicher auf die chronische venöse Insuffizienz zurückzuführen, andererseits sei vor allem auf der linken Seite ein chronischer "Nervenschaden" aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereiche der LWS nicht ganz auszuschliessen. Aktuell sei der Versicherte aufgrund der multifaktoriellen somatischen Beschwerden nicht mehr als 50 % arbeitsfähig in einer adaptierten leichten und wechselbelastenden Tätigkeit (IV-act. 68-14 ff.). RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ legte am 16. September 2014 dar, dass von der bisherigen Ansicht des RAD nicht abzuweichen sei. Wegen der Gerichtshängigkeit sei davon auszugehen, dass der Rechtsdienst aus Gründen der Beweisdichte ein Gutachten präferiere. Es sei daher eine polydisziplinäre (allgemein-internistisch, rheumatologisch, neurologisch, orthopädisch, ORL-ärztlich, angiologisch, psychiatrisch) Begutachtung zu veranlassen (IV-act. 74). Mit Verfügung vom 23. September 2014 widerrief die IV-Stelle die angefochtene Verfügung vom 23. Juni 2014 (IV-act. 76), worauf das Versicherungsgericht das Beschwerdeverfahren am 20. Oktober 2014 abschrieb (IV-act. 80; Verfahren IV 2014/365). Das Gutachten der

Ärztliches Begutachtungs-Institut GmbH Basel (ABI; Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurologie; Dr. med. J.\_\_\_\_, allgemeine innere Medizin; Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie; Dr. med. L.\_\_\_\_, Orthopädie; Dr. med. M.\_\_\_\_, Angiologie; Dr. med. N.\_\_\_\_, Otorhinolaryngologie; Untersuchungen am 18. und 19. Mai sowie am 1. Juni 2015; IV-act. 92) wurde am 22. Juni 2015 erstattet. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine Dysthymie (ICD-10: F 34.1) sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54). Diese hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 92-11, 28). Der orthopädische Gutachter erhob ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei radiologischer Diskopathie LWK 4/5/SWK 1 mit möglicher Affektion der linksseitigen Nervenwurzeln L5 und S1, ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom sowie den Verdacht auf Schmerzausweitung, wobei sich lediglich die erstgenannte Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (IV-act. 92-16, 28 f.), und der neurologische Experte stellte die Diagnosen eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms links bei leichtem residuellem sensiblen Ausfallsyndrom S1 links, von multifaktoriell bedingten Unterschenkelschmerzen bei lumbospondylogem Schmerzsyndrom links bei chronisch-venöser Insuffizienz und Verdacht auf ein Restless-Legs-Syndrom, eines leichten, vorwiegend sensiblen Sulcus-ulnaris-Syndroms links sowie eines Tinnitus aurium beidseits (IV-act. 92-20, 28). Aus angiologischer Sicht bestehe ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische venöse Insuffizienz Stadium I -II rechts, II links und ein Status nach Erysipel Bein links (August 2013; IV-act. 92-23, 28). HNO-ärztlich wurden eine Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit sowie ein dekompensierter Tinnitus beidseits bestätigt (IV-act. 92-26, 28). Tätigkeiten, welche hohe Anforderungen an das Gehör stellten oder ein gutes Sprachverständnis unter Störschall voraussetzten, seien für den Beschwerdeführer nicht geeignet. Des weiteren sollten Tätigkeiten unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel gemieden werden. Unter Berücksichtigung der Sekundärproblematik mit Ein- sowie Durchschlafstörungen mit konsekutiver Müdigkeit bei dekompensiertem Tinnitus seien dem Beschwerdeführer vermehrte Ruhepausen zuzugestehen, so dass die Einschränkungen aus otoneurologischer Sicht mit 10 % zu beziffern seien (IV-act. 92-27). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe für körperlich regelmässig schwer belastende berufliche Tätigkeiten keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Für körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 %. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit leicht reduziertem Rendement. Die Einschränkung bestehe seit längerer Zeit. Eine länger dauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit in der letzten Tätigkeit sei eher nicht anzuerkennen, dies bei nicht ganz klarem Tätigkeitsprofil (IV-act. 92-30). Gemäss Bericht der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) wurde am 9. Juli 2015 bei grosser lumbaler Diskushernie L5/S1 mit massiver Duralschlauchkompression eine interlaminäre Fensterung L5/S1 links mit Sequesterektomie und Nukleotomie in mikrochirurgischer Technik vorgenommen, nachdem zwei Wochen zuvor Gefühlsstörungen im Gesäss perianal und genital rechtsseitig und leichter Urinverlust aufgetreten waren (Bericht vom 13. Juli 2015, IV-act. 105). Die Klinik hielt im Bericht vom 24. September 2015 fest, aufgrund der MRI-Untersuchung bestehe noch ein Verdacht einer möglichen rheumatischen Erkrankung im ISG-Bereich. Dies könne zusätzlich zu Beschwerden führen und sei rheumatologisch abzuklären (IV-act. 104). Mit Vorbescheid vom 9. November 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 99). Ein MRI der Wirbelsäule vom 30. November 2015 zeigte regrediente postoperative Veränderungen LWK 5/SWK 1 mit weiterhin

Encasement der S1-Nervenwurzel links rezessal durch Granulationsgewebe, eine moderat aktivierte Osteochondrose LWK 5/SWK 1 linksbetont, eine vorbestehende neuroforaminale Enge LWK 5/SWK 1 links sowie eine bilaterale, linksbetonte (degenerative/postentzündliche) ISG-Veränderung (IV-act. 128). Die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vermerkten im Bericht vom 1. Dezember 2015, der klinisch-neurologische Untersuchungsbefund sei gegenüber der vorhergehenden Situation deutlich verbessert (IV-act. 122). Mit Einwand vom 8. Dezember 2015 trug der Versicherte im Wesentlichen vor, sein Gesundheitszustand habe sich nach der Operation verschlechtert. Seine Invalidität sei nochmals zu prüfen (IV-act. 113). Eine erneute MRI-Untersuchung vom 8. Januar 2016 ergab neu zur Darstellung kommende Aktivierungen der ISG-Arthrose links, regrediente postoperative Veränderungen, einen stationären rezessalen Kontakt zu den Nervenwurzeln S1 beidseits und L5 links und eine stationäre neuroforaminale Einengung der Nervenwurzel S1 links (IV-act. 121). Dr. H.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 19. Januar 2016 aus, anamnestisch sei es nach der Operation im Sommer 2015 zunächst zu einer Besserung gekommen. Etwa ab zweiter Augsthälfte seien dann aber wieder zunehmende Schmerzen im Kreuzbereich und eine Taubheit im Gesäss beidseits aufgetreten. Die brennend und elektrisierend beschriebenen Schmerzen seien vor allem bewegungs- und belastungsabhängig zunehmend gewesen. Insbesondere das Stehen und Sitzen habe der Versicherte als sehr mühsam beschrieben. Wegen der zunehmenden Schmerzen seien ihm immer wieder die Beine eingeknickt. Die aktuell beklagten Beschwerden seien nicht auf ein Diskushernienrezidiv oder auf eine persistierende Kompression lumbaler Nervenwurzeln zurückzuführen. Sie seien einerseits durch die Fehlhaltung der Wirbelsäule und die deutlichen muskulären Dysbalancen und Insuffizienzen der unteren Rumpf- und Rückenmuskulatur bedingt, andererseits zeige die aktuelle MRI-Untersuchung auch eine Degeneration des ISG links mit aktuell entzündlicher Reaktion im Sinne einer aktivierten ISG-Arthrose links. Die muskulären und die neuen radiologischen Befunde erklärten die geklagten Beschwerden vollständig. Infolge des protrahierten Heilungsverlaufs sei eine erneute stationäre Rehabilitation sinnvoll (IV-act. 126). Diese fand vom 1. bis 21. Februar 2016 in der Klinik Valens statt. Im Austrittsbericht vom 15. März 2016 wurde festgehalten, in einer konsiliarischen neurologischen Vorstellung habe eine neurologische Pathologie noch einmal ausgeschlossen werden können. Eine psychiatrische Abklärung habe die eindeutige Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung ergeben. Der Versicherte habe keine medikamentöse Behandlung gewollt und sehe das Schmerzproblem rein somatisch an. Er habe weiter ein Defizit in der Kontrolle von Willkürbewegungen der Lendenwirbelsäule in alle Bewegungsrichtungen. Die Bewegungen seien meist aufgrund von Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich und Ausstrahlung ins Bein limitiert gewesen. Er habe beim Gehen eine Schonhaltung eingenommen, es sei bis zum Austritt keine wesentliche Korrektur gelungen (IV-act. 140; vgl. auch Austrittsbericht Psychosomatik vom 2. März 2016, IV-act. 138). RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 24. März 2016 Stellung, es sei ein Verlaufsgutachten einzuholen (IV-act. 145). Dr. H.\_\_\_\_ führte im Arztbericht vom 1. April 2016 aus, es bestünden Hypästhesien am linken Unterschenkel distal und im Fussbereich links, etwa Dermatome L5 und S1 links entsprechend, sowie Sensibilitätsstörungen genital und am Sakrum beidseits. Das Gangbild links sei hinkend, bei monopodalem Hüpfen zeige sich eine Schwäche der Fussheber links. Die LWS-Beweglichkeit sei konzentrisch um zwei Drittel eingeschränkt mit Schmerzangabe (IV-act. 149-3 ff). In einem Bericht vom 1. Juni 2016 hielt er fest, der Versicherte beklage thorakale Wirbelsäulenbeschwerden. Eine

kardiologische Ursache sei ausgeschlossen worden (vgl. Bericht Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt Kardiologie FMH, vom 8. März 2016, IV-act. 159). Die aktuell beklagten Beschwerden entsprächen einem thorakovertebralen bis thorakospondylogenen Syndrom rechts bei segmentalen Funktionsstörungen im Bereich der mittleren BWS und mässig ausgeprägten myofaszialen Befunden im Bereich der paravertebralen Muskulatur und der Scapulafixatoren, links mehr als rechts (IV-act. 158). Im Verlaufsgutachten des ABI vom 18. Oktober 2016 (Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurologie; Dr. med. P.\_\_\_\_, allgemeine innere Medizin; Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie; Dr. med. L.\_\_\_\_, Orthopädie; Dr. med. M.\_\_\_\_, Angiologie; Untersuchungen 16./17. August 2016; IV-act. 177) diagnostizierte der psychiatrische Experte als Störungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; IV-act. 177-16). Der orthopädische Gutachter erhob als Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales und gluteales Schmerzsyndrom rechts mehr als links mit u.a. radiologisch möglicher Affektion der Nervenwurzeln S1 links sowie L5 beidseits und Signalalteration am ISG links (IV-act. 177-21 f.); ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden chronische Beschwerden im Bereich des linken oberen Quadranten ohne klar fassbares Korrelat auf Ebene des Bewegungsapparates sowie ein Verdacht auf Schmerzausweitung (IV-act. 177-22). Der neurologische Experte diagnostizierte ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit residuellem leichtgradigem Cauda equina-Syndrom bei Staus nach Operation einer grossen lumbalen Diskushernie LWK 5/SWK 1 am 9. Juli 2015, ein thorakales Schmerzsyndrom, ein Restless-legs-Syndrom, eine leichte Ulnarisneuropathie links sowie unspezifische Schwindelbeschwerden und einen Tinnitus beidseits (IV-act. 177-26). Er hielt fest, aus neurologischer Sicht seien gewisse persistierende Beschwerden im Anschluss an die Rückenoperation vom 9. Juli 2015 nachvollziehbar. In einer rückenadaptierten Tätigkeit bestehe aufgrund der Beschwerden eine leichte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, so dass insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiere. Diese gelte seit der Operation im Juli 2015 (IV-act. 177-27). Die bei der letzten HNO-ärztlichen Untersuchung dargestellten Befunde und Einschränkungen aus HNO-ärztlicher Sicht seien weiterhin bei unveränderter subjektiver Beschwerdesymptomatik übernommen worden, so dass keine Tätigkeiten mit erhöhter Anforderung an das Richtungshören oder mit Selbst- oder Fremdgefährdung zumutbar seien. Dabei bestehe eine geringe Leistungseinbusse von 10 % (IV-act. 177-31 f.). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für schwere, anhaltend mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis sehr selten mittelschwere, verschiedentlich adaptierte Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf. Die leichten Leistungseinbussen aus HNO-ärztlicher und aus neurologischer Sicht ergänzten sich, addierten sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten könne eine leichte Verschlechterung seit dem letzten Gutachten ab Juli 2015 bestätigt werden. Von Juli bis Dezember 2015 sei die Arbeitsfähigkeit postoperativ ganz aufgehoben gewesen (IV-act. 177-32). Nach Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ vom 8. November 2016, wonach aus versicherungsärztlicher Sicht auf das Verlaufsgutachten des ABI abgestellt werden könne (IV-act. 178) beschied die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 14. Dezember 2016 wiederum die

vorgesehene Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 16 % (IV-act. 184). Hiergegen erhob der Versicherte am 13. Januar 2017 Einwand, aufgrund seiner Beschwerden und insbesondere der starken Schmerzen sei es ihm nicht möglich, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Inzwischen habe er sich beim Psychiatrischen Zentrum Q.\_\_\_\_ für eine adäquate Therapie angemeldet (IV-act. 187). Im Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums Q.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2017 wurde festgehalten, der Versicherte leide unter einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2). Die Ablehnung des Rentenbegehrens habe neben Belastungen durch die Schmerzen, einem wiederkehrenden Schwindelgefühl und einer teilweise auftretenden Inkontinenz zu einer psychischen Destabilisierung geführt. Aufgrund der subjektiv beschriebenen Schmerzen bestünden starke körperliche Einschränkungen. Auch die einfache Alltagsbewältigung erfordere mehrere Pausen und einen erhöhten Konsum von Schmerzmitteln. Als psychische Einschränkungen bestünden eine gedrückte Stimmung sowie kognitive Defizite, die sich auch im formalen Denken äusserten (Fokussierung auf die Schmerzen). Die anhaltenden Schmerzen und der Schwindel würden bei der Arbeit zu häufigen, regelmässigen Pausen und einer starken Erschöpfung führen. Diese würden wiederum die Schmerzverarbeitung hindern. Die psychischen Einschränkungen wirkten sich auf die Konzentrationsfähigkeit aus, was zu mehr Fehlern bei der Arbeit führen würde. Ausserdem würde es zu einer Verlangsamung kommen. In Anbetracht der somatischen Schmerzen und deren psychischer Belastung sei von einer körperlich stark beanspruchenden Arbeit langfristig abzusehen (IV-act. 194-3 ff.). RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 21. Juni 2017 Stellung: In Anbetracht der von den Gutachtern erhobenen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (leichte depressive Episode, ICD-10: F32; chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10: F45.41) könne eine signifikante Änderung und insbesondere Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund des Berichts des Psychiatrie-Zentrums Q.\_\_\_\_ nicht verifiziert werden. Es bleibe somit vollumfänglich bei der Beurteilung des Gutachtens (IV-act. 198). In einer zweiten Anhörung reichte der Versicherte einen weiteren kardiologischen Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2016 (IV-act. 202) ein. Weiter legte er einen Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 7. März 2017 ins Recht. Darin wurde ausgeführt, der Versicherte habe sich wegen aktuell brennenden und ziehenden Schmerzen in den Füßen, im Kreuz- und Gesässbereich rechts und im linken Oberschenkel erneut vorgestellt. Er sei im Alltag sehr eingeschränkt, müsse bei Haushaltstätigkeiten sehr viele Pausen einlegen und habe in letzter Zeit längere Zeit für die Erholung gebraucht. Objektiv seien etwa die gleichen Befunde wie im Oktober 2016 zu beobachten gewesen (IV-act. 201). Zusätzlich schilderte der Versicherte seine Beschwerden handschriftlich (IV-act. 203). Er trug vor, die massiven Beschwerden würden in keiner Weise gewürdigt. Aufgrund seiner Schmerzsituation sei es ihm nicht möglich, einer 80 %igen Arbeitstätigkeit nachzugehen (IV-act. 200). Dr. D.\_\_\_\_ äusserte sich am 8. August 2017, die Berichte von Dr. H.\_\_\_\_ und von Dr. O.\_\_\_\_ seien nicht geeignet, die bisherige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen. Weitere Abklärungen drängten sich nicht auf (IV-act. 206). Am 11. August 2017 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid. Die eingereichten Einwände und Berichte vermöchten die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht umzustossen (IV-act. 207). Gegen die Verfügung vom 11. August 2017 erhebt A.\_\_\_\_ am 31. August 2017 Beschwerde. Er stellt den Antrag, dass seine Invalidität nochmals geprüft werde. Weiter ersucht er um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung. Die Beschwerdegegnerin habe seine gesundheitlichen Beschwerden

ungenügend abgeklärt. Seine massive Schmerzsituation sei zu wenig berücksichtigt worden. Auch die zusätzlichen Auswirkungen der Schmerzen wie beispielsweise der Schwankschwindel seien zu wenig gewürdigt worden (act. G 1). Mit der Beschwerde reicht er einen Bericht der HNO-Ärztin Dr. G. \_\_\_ betreffend seit der Bandscheibenoperation bestehende Schwankschwindelanfälle ein (act. G 1.2). Mit Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die rein subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers seiner Arbeitsfähigkeit sei nicht massgebend. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hätten die Gutachter die beklagten Schmerzen und Schwindelbeschwerden berücksichtigt. Aufgrund der schlüssig begründeten gutachterlichen Schlussfolgerungen sei von einer lege artis vorgenommenen Begutachtung auszugehen. Die abschliessende, gesamthafte Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit sei überzeugend. Die Vorbringen in der Beschwerde vermöchten die Schlüssigkeit des Verlaufsgutachtens nicht in Frage zu stellen, da keine objektiv begründbaren Zweifel am gutachterlichen Abklärungsergebnis dargelegt worden seien. Der Einkommensvergleich werde zu Recht nicht beanstandet. Mithin habe der Beschwerdeführer bei einem resultierenden Invaliditätsgrad von 16 % keinen Rentenanspruch (act. G 5). Die Abteilungspräsidentin bewilligt am 18. Oktober 2017 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten; act. G 6). Mit Replik vom 7. November 2017 bringt der Beschwerdeführer vor, er sei nach wie vor der Ansicht, dass seine Schmerzsituation nicht genügend gewürdigt worden sei. Er benötige täglich hohe Schmerzmitteldosen und sei dennoch nicht schmerzfrei. Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Wassertherapie und Heimübungen brächten ebenfalls keinen Erfolg. Er sehe keine Perspektive mehr und befinde sich in einem Teufelskreis von Schmerzen und Depression (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 5. Dezember 2017 auf eine Duplik (act. G 10). Am 11. Januar 2018 reicht der Beschwerdeführer einen Bericht über ein CT ganzes Abdomen vom 17. November 2017 (IV-act. 12.2) und eine Bestätigung der Zuweisung des Schmerzzentrums vom 5. Januar 2018 (act. G 12.1) ein (act. G 12). Erwägungen Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE

143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten 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). Anlässlich der ersten Begutachtung (18./19. Mai und 1. Juni 2015) gab der Beschwerdeführer brennende, chronische lumbale Rückenschmerzen an. Diese seien schwankend, zum Untersuchungszeitpunkt gering und manchmal sehr stark, so dass er kaum aufstehen und sich nur mit Mühe ankleiden könne (IV-act. 92-18). Die Schmerzen hätten sich in die Rückseite zur vorderen Mitte des linken Oberschenkels und in den

seitlichen Unterschenkel ausgebreitet. Aktuell verspüre er ein Brennen vorne am Bein, auf der Seite unten und am ganzen Fuss mit einem Ameisenlaufen (IV-act. 92-9, 13). Die Schmerzen seien stark und brennend und messerstichartig im Bereich des Innenknöchels und es bestehe eine Gefühlsstörung im Bereich der Kleinzehe (IV-act. 92-22). Der (linke) Fuss sei sehr schwach (IV-act. 92-9). Bei längerem Gehen werde das ganze Bein schwach und es komme manchmal zu einem Einknicken im Kniegelenk (IV-act. 92-18, 22). Seit zwei bis drei Monaten habe er zusätzlich Schmerzen am vorderen rechten Unterschenkel und Fuss (IV-act. 92-13). Offenbar traten beim Beschwerdeführer wenige Wochen nach der Begutachtung vom Mai/Juni 2015 Gefühlsstörungen im Gesäss, perianal und genital rechtsseitig, sowie leichter Urinverlust auf, so dass am 9. Juli 2015 ein mikrochirurgischer Eingriff erfolgte (Bericht Klinik für Neurochirurgie KSSG vom 13. Juli 2015, IV-act. 105). MRI-Untersuchungen vom 30. November 2015 und vom 8. Januar 2016 ergaben im Wesentlichen regrediente postoperative Veränderungen LWK 5/SWK 1 mit rezessalem Kontakt zur Nervenwurzel S1 und eine nach wie vor stationäre, osteodiskoligamentär bedingte neuroforaminale Enge im Bereich LWK 5/SWK 1 mit Tangierung der Nervenwurzel L5 neuroforaminal, jedoch keine höhergradige Nervenwurzelkompression, sowie eine postentzündliche bzw. neu aktivierte ISG-Arthrose links (vgl. IV-act. 128, 121). Der neurologische Gutachter hielt dazu fest, die postoperative MRI-Verlaufskontrolle vom 8. Januar 2016 zeige reguläre postoperative Verhältnisse ohne persistierende höhergradige Einengung der neuralen Strukturen (IV-act. 177-27). Im Rahmen der Verlaufsbeurteilung notierte der allgemeininternistische Hauptgutachter, die Anamnese sei erschwert gewesen, da der Beschwerdeführer kaum auf die gestellten Fragen geantwortet, sondern immer wieder durcheinander verschiedene Beschwerden aufgezählt habe (IV-act. 11). Nach Angaben des Beschwerdeführers seien die Schmerzen nach der Operation kaum zurückgegangen, sondern an weiteren Orten neu aufgetreten. Nach wie vor bestünden Probleme, Harn und Stuhl richtig zu halten und die ebenfalls seit dem Bandscheibenvorfall bestehenden Funktionsstörungen im linken Fuss (IV-act. 177-10). Er klagte über dauernd vorhandene, manchmal verstärkte lumbale Rückenschmerzen beidseits mit Ausstrahlung in die Gesässgegend beidseits. Links strahlten die Rückenschmerzen in die Rückseite des Oberschenkels aus und seien verbunden mit einem Taubheitsgefühl der Zehen III bis V und einem Kribbeln und Ameisenlaufen im ganzen linken Fuss. Es seien auch brennende Schmerzen an der Vorderseite beider Unterschenkel vorhanden (IV-act. 177-11). Dem orthopädischen Gutachter berichtete der Beschwerdeführer, die Operation habe zu einer gewissen Verbesserung an der Gesässbacke geführt, doch bestünden weiterhin Probleme mit Stuhl und Harn. Er könne nicht lange stehen, sondern müsse wiederholt sitzen und liegen. Das Ameisenlaufen und die Schwäche am linken Unterschenkel und Fuss habe zugenommen. Neu bestünden auch auf der Gegenseite brennende Beschwerden in diesem Abschnitt. Zusätzlich seien links unterhalb des Schulterblattes stechende Schmerzen aufgetreten. Insgesamt sei es postoperativ zu einer klaren Verschlechterung gekommen, doch schildere der Beschwerdeführer gleichzeitig, nicht mehr so viele Beschwerden wie zuvor zu haben (IV-act. 177-19). Der neurologische Gutachter hielt anamnestisch fest, im Anschluss an die Operation sei es zu einer deutlichen Besserung der Schmerzen gekommen. Er habe noch imperativen Stuhl drang und nur noch leichte Beschwerden bezüglich Wasserlösen. Die Sensibilitätsstörung im Gesäss sei regredient und nur noch leichtgradig auf der rechten Seite vorhanden. Am linken Schulterblatt verspüre er einen messerstichartigen Schmerz. Die Schmerzen hätten sich in letzter Zeit verändert. Sie seien relativ diffus auf der rechten Seite vorhanden, verbunden mit einem Brustschmerz (IV-act.

177-24 f.). Im Weiteren habe er brennende Schmerzen in den Beinen. Die früher nur linksseitig vorhandenen Beschwerden verspüre er seit der Operation ähnlich auch am rechten Bein. Im Bereich der LWS habe er aktuell lediglich Schmerzen im Bereich der Pobacken und der rechten Flanke. Die Schmerzen breiteten sich dorsal in den rechten Oberschenkel mehr als links aus (IV-act. 177-25). Im orthopädischen Erstgutachten bezog sich der Gutachter auf ein MRI LWS und ISG vom 23. Mai 2013, wonach eine breitbasige Diskusprotrusion LWK 5/SWK 1 mit lateraler Hernie bis foraminal links und möglicher Affektion der Nervenwurzel S1 links und eine geringe mediane Diskushernie LWK 4/5 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 links vorliege (IV-act. 92-15). Klinisch erhob er eine thorakolumbal klar verminderte Beweglichkeit und im Hüftbereich eine deutliche muskuläre Verkürzung; Beschwerden in diesen Bereichen wurden während der Untersuchung indes nicht angegeben (IV-act. 92-15 f.). Er kam zum Schluss, die lumbal beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde durchaus begründen. Es bestünden nicht nur erhebliche muskuläre Verkürzungen, sondern auch eine deutliche Gefässproblematik an den Beinen (IV-act. 92-16). Zur Arbeitsfähigkeit führte er im Wesentlichen aus, aufgrund der an der lumbalen Wirbelsäule bestehenden Veränderungen seien lediglich körperlich andauernd schwere Tätigkeiten ungeeignet und unzumutbar. Für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen könne keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (IV-act. 92-17, 29). Im Verlaufsgutachten hielt er fest, anamnestisch bleibe unklar, ob es seit der Bandscheibenoperation zur Verschlechterung oder doch zu einer gewissen Besserung zumindest gluteal rechts gekommen sei. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule thorakolumbal sei unter Gegenspannung deutlich vermindert und zervikal nur endgradig eingeschränkt. Radiologisch bestünden eine Umscheidung der Nervenwurzel S1 links nach Eingriff bei Diskushernie sowie eine mögliche Affektion der Nervenwurzel L5 beidseits. Am linken Iliosakralgelenk sei eine klare Signalalteration dokumentiert worden, doch fehlten entsprechende Auffälligkeiten in der körperlichen Untersuchung (IV-act. 177-22). Die lumbal und gluteal beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde rein orthopädisch nicht vollständig begründen (IV-act. 177-22). Der neurologische Gutachter hielt im Gutachten vom 22. Juni 2015 fest, aktuell berichte der Beschwerdeführer nicht über typische radikuläre Schmerzausstrahlungen. Es würden jedoch diffuse brennende Schmerzen am linken Unterschenkel, leichtgradig auch rechts, daneben persistierende Sensibilitätsstörungen im Bereich des Unterschenkels und des Fusses, akzentuiert an der Fussaussenseite beschrieben (IV-act. 92-20 f.). An den unteren Extremitäten könne in den Myotomen L5 bis S1 links kein Denervationsprozess nachgewiesen werden (IV-act. 92-20). Bei der aktuellen Untersuchung seien in den unteren Extremitäten keine sicheren Paresen nachweisbar. Auch die muskuläre Trophik sei gut erhalten. Zusammen mit der Reflexasymmetrie des ASR zu Ungunsten von links bestehe wahrscheinlich ein leichtes residuelles Ausfallsyndrom S1 links. Eine dazu passende radikuläre Reizsymptomatik könne allerdings nicht festgestellt werden. Im Weiteren gehe die angegebene Sensibilitätsstörung deutlich über das Versorgungsgebiet des Dermatoms S1 hinaus. Die Ursache dieser Sensibilitätsstörungen (sockenförmig am linken Unterschenkel) sei möglicherweise eine Symptomausweitung im Rahmen der Beschwerden von Seiten der chronisch-venösen Insuffizienz. Ein neuropathischer Schmerz bestehe nicht. Aus neurologischer Sicht könne aktuell eine klinisch relevante radikuläre Symptomatik an den unteren Extremitäten, welche zu einer Einschränkung in den alltäglichen Fähigkeiten führe, nicht festgestellt werden (IV-act. 92-21). Im Verlaufsgutachten führte er aus, gemäss

Angaben des Beschwerdeführers habe die Operation gut geholfen. Die lumbalen Schmerzen, das sensible Defizit und die Sphinkterfunktionen hätten sich deutlich gebessert. Gemäss seinen Schilderungen sei der Beschwerdeführer in seinen alltäglichen Verrichtungen aufgrund der persistierenden Stuhlgangproblematik lediglich geringfügig eingeschränkt. Es würden intermittierende residuelle lumbale Schmerzen beschrieben, welche zeitweise in die Oberschenkel ausstrahlten. Die Schmerzen seien nicht mehr täglich vorhanden (IV-act. 177-26). Bildgebend bestehe das Korrelat in einer möglichen Affektion der Nervenwurzel S1 links sowie L5 beidseits (IV-act. 177-31). Aus neurologischer Sicht seien gewisse persistierende Beschwerden im Anschluss an die Rückenoperation vom 9. Juli 2015 nachvollziehbar (IV-act. 177-27). Im Vordergrund stünden nun zunächst links und aktuell eher rechts lokalisierte Schmerzen im Bereich der BWS (IV-act. 177-26). Bei der aktuellen klinischen Untersuchung fänden sich keine segmentalen sensiblen Defizite im Bereich der BWS und es fehlten Hinweise auf eine Störung der langen Bahnen (IV-act. 177-27). Bezüglich der beklagten leichten persistierenden, intermittierend auftretenden Sensibilitätsstörung an der linken Hand äusserte der Gutachter, diese könne dem Versorgungsgebiet des N. ulnaris zugeordnet werden. Aktuell bestehe keine Reizsymptomatik des Nervs und es fänden sich keine Hinweise auf ein motorisches Ausfallssyndrom (IV-act. 177-27). Zur Schwindelproblematik hielt er fest, es ergäben sich keine Hinweise auf eine peripher-vestibuläre Störung, eine zugrundeliegende zentrale Ursache oder ein zerebelläres Syndrom (IV-act. 177-27). Zusammengefasst bestehe aktuell eine leichtgradige residuelle Cauda-Symptomatik mit einer persistierenden leichten perianalen Sensibilitätsstörung rechts sowie geringgradigen Blasen- und Darmsphinkterstörungen. Anderweitig radikuläre, funktionell einschränkende Symptome könnten nicht festgestellt werden (IV-act. 177-27). In einer rückenadaptierten Tätigkeit bestehe aufgrund der Beschwerden eine leichte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, so dass seit der Operation im Juli 2015 insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe (IV-act. 177-27). Die angiologische Gutachterin befand, aus angiologischer Sicht seien die beschriebene Schwellungsneigung und die Ödeme insbesondere im Bereich des linken Beines gut zu erklären. Die starken brennenden Schmerzen im Bereich des Innenknöchels, die Parästhesien im Bereich der Zehen und die Schwäche im Bereich des linken Beines seien aus angiologischer Sicht nicht erklärbar (IV-act. 92-24). Im Verlaufsgutachten attestierte sie bei unveränderten Verhältnissen und gleich gebliebener Beurteilung weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 177-29). Zwar hatte Dr. H. \_\_\_ die brennenden Missempfindungen an beiden Unterschenkeln hauptsächlich "sicher" auf die chronische venöse Insuffizienz zurückgeführt (Bericht vom 22. Juli 2014, IV-act. 68-14 ff.), und auch der orthopädische Gutachter wies im Zusammenhang mit der Erklärung dieser Beschwerden auf die venöse Insuffizienz hin (IV-act. 92-16). Indes ist hier auf die einschlägige angiologische Fachmeinung abzustellen und demnach davon auszugehen, dass die Schmerzen bzw. Missempfindungen in den Beinen nicht massgeblich durch die Venenkrankheit hervorgerufen werden. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte anlässlich der Erstbegutachtung eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) und eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54). Es bestehe diagnostisch eine Dysthymia mit leichten depressiven Verstimmungen, erhöhter Ermüdbarkeit und nächtlichen Schlafstörungen. Weitere affektive Symptome wie deutliche Konzentrationsstörungen, fehlender Appetit, Gewichtsabnahme, Schuldgedanken und ein deutlich verminderter Selbstwert bestünden nicht. Eine depressive Episode könne daher nicht diagnostiziert werden (IV-act. 92-11, 28). Im Verlaufsgutachten stellte er die

Diagnosen einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). In der Klinik Valens sei 2016 eine mittelschwere depressive Störung diagnostiziert worden (vgl. Bericht Psychosomatik vom 2. März 2016, IV-act. 138). Es sei möglich, dass die Depression damals schwerer ausgeprägt gewesen sei und punktuell eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, nicht aber gemittelt über den Verlauf (IV-act. 177-17). Die Diagnosen könnten sich gegenseitig beeinflussen. Bei einer Arbeit könne es zu einer erhöhten Ermüdbarkeit kommen. Dem Beschwerdeführer könne aber durchaus eine Willensanstrengung zugemutet werden, um trotzdem zu arbeiten. Eine über die somatisch bedingte hinausgehende Arbeitsunfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht nicht attestiert werden, auch aufgrund der täglichen Aktivitäten, die dem Versicherten möglich seien (IV-act. 177-16 f.). Für den Verlauf könne auf das ABI-Gutachten 2015 verwiesen werden (IV-act. 177-16). Hinsichtlich der diagnostizierten Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit und des dekompenzierten Tinnitus führte der HNO-ärztliche Gutachter im Gutachten vom Juni 2015 aus, aktuell könne eine Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit mit Hörverlust 17 % rechts, 11 % links objektiviert werden. Der Tinnitus beidseits mit intermittierender Akzentuierung und Sekundärproblematik müsse zum aktuellen Zeitpunkt im Rahmen des subjektiven Empfindens als dekompenziert bezeichnet werden. Die Plausibilitätskriterien im Vergleich mit den Literaturangaben betreffend Tinnitus-Matching seien erfüllt (IV-act. 92-26). Tätigkeiten, welche hohe Anforderungen an das Gehör stellten, oder ein gutes Sprachverständnis unter Störschall voraussetzten, seien für den Beschwerdeführer nicht geeignet. Des Weiteren sollten Tätigkeiten unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel gemieden werden (IV-act. 92-27). Unter Berücksichtigung der Ein- sowie Durchschlafstörungen mit konsekutiver Müdigkeit seien dem Beschwerdeführer vermehrte Ruhepausen zuzustehen, so dass die Einschränkungen aus otoneurologischer Sicht mit 10 % zu beziffern seien (IV-act. 92-27). Im Verlaufsgutachten wurde seitens des federführenden allgemeininternistischen Gutachters ausgeführt, die bei der letzten HNO-ärztlichen Untersuchung dargestellten Befunde und Einschränkungen aus HNO-ärztlicher Sicht könnten bei unveränderter subjektiver Beschwerdesymptomatik übernommen werden, so dass keine Tätigkeiten mit erhöhter Anforderung an das Richtungshören oder mit Selbst- oder Fremdgefährdung zumutbar seien (IV-act. 177-31 f.). Es könne weiterhin von einer leichten Leistungseinbusse für auditiv und bezüglich Selbst- und Fremdgefährdung angepassten Tätigkeiten von 10 % ausgegangen werden (IV-act. 177-13, 31 f.). Diese addiere sich nicht zur neurologisch begründeten Einschränkung, da die selben Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten (IV-act. 177-32). Zusammenfassend ergibt sich nur für einen Teil der Beschwerden das Ausmass der funktionellen Beeinträchtigung aus objektivierbaren radiologischen und/oder klinischen Befunden. So bewertet der neurologische Gutachter die nach der Operation nachvollziehbar noch vorhandenen Einschränkungen - eine residuelle Cauda-Symptomatik mit einer persistierenden leichten perianalen Sensibilitätsstörung rechts sowie geringgradigen Blasen- und Darmsphinkterstörungen - als leichtgradig (vgl. IV-act. 177-27). Darüber hinaus sind die Beschwerden im Rücken und die Ausstrahlungen in die Beine und den linken Fuss organisch nicht erklärbar. Auch für die thorakalen Beschwerden fand sich weder orthopädisch (IV-act. 177-22) noch neurologisch (IV-act. 177-26 f.) oder kardiologisch (vgl. Berichte von Dr. O. \_\_\_ vom 8. März 2016, IV-act. 159, und vom 2. Dezember 2016, IV-act. 202) ein fassbares bildgebendes oder klinisches Korrelat. Dasselbe gilt aus

neurologischer Sicht für die Schwindelbeschwerden (IV-act. 177-27). Diese Beschwerden sind syndromaler Natur und daher zusammen mit den Auswirkungen der psychiatrisch diagnostizierten leichten Depression nach dem strukturierten Beweisverfahren bzw. den diesbezüglich massgeblichen Standardindikatoren zu beurteilen. Die radiologisch festgestellte ISG-Affektion korreliert nicht mit der klinischen orthopädischen Untersuchung (IV-act. 177-22). Auch der neurologische Gutachter konnte keine entsprechende Symptomatik feststellen (vgl. IV-act. 177-27, wonach ausser der Cauda-Symptomatik keine radikulären, funktionell einschränkenden Symptome festgestellt werden könnten). Somit begründet die bildgebend festgestellte Sprunggelenksarthrose mangels nachgewiesener Symptomatik keine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das Restless-legs-Syndrom bewirkt nach dem neurologischen Gutachter keine massgebliche funktionelle Einschränkung, da es therapierbar sei (IV-act. 177-27). Im neurologischen Vorgutachten war hierzu festgehalten worden, der Beschwerdeführer spreche gut auf Sirdalud an, was (allerdings) ungewöhnlich sei (IV-act. 92-21). Da der Beschwerdeführer dieses Medikament gemäss seiner Angabe auch noch im Zeitpunkt der Verlaufsbeurteilung in Reserve verschrieben hatte (IV-act. 177-12, 25), ist die angenommene Therapierbarkeit im konkreten Fall plausibel, womit keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Das Ulnaris-Syndrom beschreibt der neurologische Gutachter als leicht und intermittierend auftretend, aktuell ohne Reiz- oder Ausfallsyndrom (IV-act. 177-27). Auch hier ist somit von keiner die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkenden Symptomatik auszugehen. Zunächst erwähnt der psychiatrische Gutachter auch invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigende psychosoziale Belastungsfaktoren: Der Beschwerdeführer sei aus politischen Gründen in die Schweiz gekommen. Seine Ehe sei gescheitert. Er habe sein Abendtechnikum im Heimatland nicht abschliessen können und in der Schweiz angelernt gearbeitet. Er arbeite nun schon länger nicht mehr (IV-act. 177-18). In psychiatrischer Hinsicht ergeben sich psychosoziale Belastungsfaktoren auch aus dem Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums Q. \_\_\_ vom 18. Mai 2017, wo ein Zusammenhang mit der Ablehnung des Rentenbegehrens aufgezeigt wird (vgl. IV-act. 194-3 ff.). Im polydisziplinären Konsens kamen die Gutachter zum Schluss, aufgrund des residuellen Cauda equina-Syndroms mit neuropathischer Schmerzkomponente könne aus neurologischer Sicht eine höhergradige Einschränkung attestiert werden mit einer Arbeitsfähigkeit für nur leichte bis ganz selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, versehen mit einer Leistungseinbusse von 20 % aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs. Die weiteren aus orthopädischer und neurologischer Sicht feststellbaren objektivierbaren Befunde seien ohne wesentliche Auswirkung auf die (quantitative) Arbeitsfähigkeit (IV-act. 177-31). Der psychiatrische Gutachter hielt weiter fest, der Beschwerdeführer habe noch wenige Kontakte zu Kollegen, was auch durch die angespannte finanzielle Situation bedingt sei. Er lebe aber durchaus nicht völlig einzelgängerisch und zeige keine Abstumpfung der Umgebung gegenüber. Er habe auch Kontakte innerhalb der Herkunftsfamilie und zu seiner Exfrau (IV-act. 177-18). In der Lebensführung sei er weiterhin selbständig und erledige auch seine Haushaltsarbeiten selber. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens sei er deutlich aktiver und vor allem voll erwerbstätig gewesen (IV-act. 177-19). Es bestünden Ressourcen mit mehrjähriger Berufserfahrung in angelernten Arbeiten und auch einer Berufsausbildung als Schlosser im Heimatland (IV-act. 177-17). Zur Konsistenz ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer während des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs keine Zeichen einer akuten Schmerzwahrnehmung zeigte (IV-act. 177-15) und auch die Angaben zum aktuellen

Befinden und der Ablauf der klinischen Untersuchungen erscheinen teilweise diskrepant zum insbesondere im Rechtsverkehr geltend gemachten Ausmass der Beschwerden. Die angegebenen Schmerzmedikamente konnten im Serumspiegel nicht nachgewiesen werden (IV-act. 177-13), was mit den geltend gemachten Unverträglichkeiten (IV-act. 177-10) nur teilweise nachvollziehbar erklärt wird. Hinzu kommt die mit etwa einmal monatlicher hausärztlicher Betreuung (IV-act. 177-20) angegebene niederschwellige Behandlung. Die anamnestisch wiedergegebenen Angaben des Beschwerdeführers über die Auswirkungen der Operation bzw. die seitherige Entwicklung der Beschwerden sind nicht ganz konzis (vgl. E. 2.1.3). Die bei den klinischen Untersuchungen erhobenen Beschwerden und die Intensität der Behandlung sind daher diskrepant zum vom Beschwerdeführer insbesondere in den Rechtsschriften beschriebenen Ausmass der Beschwerden. Die Gutachter hielten an den anamnestischen Angaben und an der Schmerzauthentizität denn auch Zweifel für angebracht (IV-act. 177-32), und der psychiatrische Gutachter schloss, aufgrund der möglichen täglichen Aktivitäten sei dem Beschwerdeführer die Willensanstrengung möglich, trotz der funktionellen Einschränkungen zu arbeiten (IV-act. 177 16 f.). Insgesamt berücksichtigt und würdigt das Gutachten die angegebenen Beschwerden und vorhandenen Akten ausreichend. Die medizinische Beurteilung erscheint nachvollziehbar und schlüssig. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt die massgeblichen Indikatoren. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte ergeben sich keine objektivierten Anhaltspunkte, welche die Beurteilung der Gutachter in Frage zu stellen vermöchten. Es ist daher auf das Gutachten abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Die Gutachter attestieren rückwirkend eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere, anhaltend mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten (IV-act. 177-32). Für adaptierte, körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen schätzen die Gutachter die Arbeitsfähigkeit bis Ende Juni 2015 auf 90 % (IV-act. 92-30) und ab Juli 2015 auf 80 % mit zwischenzeitlich aufgrund der Operation ganz aufgehobener Arbeitsfähigkeit von Juli bis Dezember 2015 (IV-act. 177-32). Aus dem Gutachten geht nicht hervor, ob die bisherige Tätigkeit als schwer oder als angepasst zu qualifizieren ist (vgl. IV-act. 177-17, 30). Nach Angaben der Arbeitgeberin beinhaltete die zuletzt ausgeübte Tätigkeit häufiges Sitzen, seltenes Gehen und Stehen und seltenes Heben oder Tragen von Gewichten über 10 kg und über 25 kg (Angaben vom 26. September 2013, IV-act. 33-5). Dies entspricht einer mindestens teilweise körperlich schweren und damit nicht vollumfänglich zumutbaren Tätigkeit. Somit ist für die Prüfung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist auszugehen. Bei Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit am 15. April 2013 (IV-act. 33-19) war das Wartejahr am 15. April 2014 abgeschlossen. Die Halbjahresfrist seit Anmeldung am 31. Juli 2013 (Art. 29 Abs. 1 IVG) war zu diesem Zeitpunkt ebenfalls abgelaufen, so dass ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. April 2014 besteht. Gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin erzielte der Beschwerdeführer zuletzt ab 1. Januar 2013 ein Jahreseinkommen von 13 x Fr. 5'000.-- = Fr. 65'000.-- (Angaben vom 26. September 2013, IV-act. 33-2). In einer angepassten Tätigkeit beträgt der hier zur Anwendung kommende Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturentwicklung (LSE) / Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik, Kompetenzniveau 1, Männer, Fr. 65'654.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019, Anhang 2). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 90 % ergibt sich ohne Tabellenlohnabzug ein Invalideneinkommen von Fr. 59'089.-- und bei 80 %iger Arbeitsfähigkeit von Fr. 52'523.--. Selbst bei Gewährung des maximalen Tabellenlohnabzugs von 25 % - welcher sich vorliegend in dieser Höhe nicht begründen liesse - resultiert bei einer

80 %igen Arbeitsfähigkeit ein keinen Rentenanspruch begründender Invaliditätsgrad von 39,4 %. Von Juli bis Ende Dezember 2015 war der Beschwerdeführer auch in adaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. In Anwendung von Art. 28a Abs. 1 lit. c IVG i.V.m. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) hat er daher vom 1. Oktober 2015 bis 31. März 2016 befristet Anspruch auf eine ganze Rente. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 11. August 2017 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführer hat vom 1. Oktober 2015 bis 31. März 2016 befristet Anspruch auf eine ganze 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. Da die Beschwerde lediglich teilweise betreffend einen rückwirkenden befristeten Rentenanspruch gutgeheissen wird, ist von einem Obsiegen zu einem Drittel auszugehen. Dem teilweisen Obsiegen entsprechend bezahlt die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr im Umfang von Fr. 200.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 400.--. Zuzugle unentgeltlicher Rechtspflege ist der Beschwerdeführer von der Bezahlung seines Anteils an der Gerichtsgebühr zu befreien. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 11. August 2017 aufgehoben und der Beschwerdeführer hat vom 1. Oktober 2015 bis 31. März 2016 befristet Anspruch auf eine ganze Rente. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 200.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 400.--. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung seines Anteils an der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 400.-- zuzugle unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

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