

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/351 vom 22. November 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-11-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_351

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/351 du 22 novembre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/351 del 22 novembre 2019

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 42 f. ATSG; Art. 28 IVG: Beweistauglichkeit eines medizinischen Gutachtens. Der Beschwerdeführer rügt die Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes und des rechtlichen Gehörs sowie die Unvollständigkeit des insbesondere orthopädischen Teilgutachtens, da den Gutachtern relevante Berichte nicht vorgelegen hätten. Diese enthalten indes keine objektiven Tatsachen, welche die Gutachter nicht berücksichtigt hätten. Das Gutachten ist beweistauglich, äussert sich aber nicht zur retrospektiven Arbeitsunfähigkeit. Gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte besteht ein befristeter Anspruch auf eine Rente (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. November 2019, IV 2017/351).

Volltext

Entscheidung vom 22. November 2019 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2017/351 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Lorenz Gmünder, Schwager Mätzler Schneider, Poststrasse 23, Postfach 1936, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 24. September 2014 wegen Rückenbeschwerden nach erfolgter und bevorstehender weiterer Operation bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der Versicherte war am 3. Mai 2013 bei seiner Arbeit als Möbelauslieferer und -monteur auf einer Treppe gestürzt (Bagatell-Unfallmeldung vom 20. August 2013, IV-act. 2). Bei im MRI und CT sichtbarer rezessaler Diskushernie LW5/SW1 hatte der Versicherte ein L5/S1-Syndrom entwickelt, weshalb am 27. Mai 2014 eine Mikrodiskektomie LW5/SW1 links mit Dekompression nach weit foraminal, eine Neurolyse L5- und S1-Wurzel linksseitig, eine Mikronukleotomie sowie eine spinale Lipomatose durchgeführt worden waren (stationärer Bericht Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 28. Mai 2014, IV-act. 19-8 f.; Operationsbericht Dr. B.____, IV-act. 52-16 f.). Dr. B.____ hatte am 29. Juni 2014 über eine Verschlechterung der L5-Symptomatik (IV-act. 19-10), am 13. Juli 2014 über eine klinische Verbesserung bei nicht voll befriedigendem MRI-Befund (IV-act. 19-5 f.) und am 15. September 2014 über Rückenschmerzen und eine weiterhin bestehende Grosszehen- und Fussheberparese 2-3 von 5 linksseitig berichtet (IV-act. 19-4). Am 21. Oktober 2014 wurden eine dorsale Spondylodese und Entfernung eines extraforaminalen Bandscheibenvorfalles LW5/SW1 links vorgenommen (Operationsbericht Dr. B.____ vom 21. Oktober 2014, IV-act. 21-1 f.; stationärer Bericht Dr. B.____ vom 22. Oktober 2014, IV-act. 26-5 f.). RAD-Arzt Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 19. November

2014 fest, aufgrund dieser Operation sei der Gesundheitszustand für voraussichtlich drei bis fünf Monate instabil (IV-act. 22), worauf die IV-Stelle dem Versicherten mit Mitteilung vom 20. November 2014 eröffnete, aufgrund des Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 23). In Berichten vom 19. Januar und 23. Februar 2015 hielt Dr. B.____ im Wesentlichen fest, die Beinschmerzen hätten sich deutlich gebessert, die Rückenschmerzen seien gering. Es persistiere eine Fussheberschwäche Kraftgrad 3 von 5. Die bisherige Tätigkeit sei ab Februar 2015 zu 50 %, mit langsamer Steigerung (10 % pro Monat) möglich, in einer (näher umschriebenen) adaptierten Tätigkeit bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 25-4; IV-act. 25-2 f.). Im Assessmentprotokoll vom 7. Mai 2015 wurde unter anderem ausgeführt, der Versicherte könne seit Februar 2015 im Lager seiner bisherigen Arbeitgeberin mitarbeiten, habe dort Hilfsmittel zur Verfügung und müsse keine schweren Möbel mehr heben. Aktuell verrichte er in einem Pensum von 50 % solche leichten Tätigkeiten. Er denke nicht, dass er wieder als Möbelpacker arbeiten könne (IV-act. 33). In einem Bericht vom 20. Mai 2015 zuhanden von Dr. med. D.____, Innere Medizin FMH, hielt Dr. B.____ fest, aufgrund einer CT-Aufnahme vom 6. Mai 2015 könne er die beklagten Schmerzen im Fuss nicht erklären. Momentan bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 52-3). Mit Mitteilung vom 4. August 2015 sprach die IV-Stelle dem Versicherten Beratung und Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes zu (IV-act. 38). Auf den 1. Juni 2016 wurde das Arbeitsverhältnis in eine 50 %ige Tätigkeit im Lager der bisherigen Arbeitgeberin umgewandelt (Änderungskündigung; Protokoll Eingliederungsverantwortliche vom 8. März 2016, IV-act. 43). Die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren (berufliche Massnahmen und Rente) zunächst mit Mitteilung vom 10. März 2016 ab, da der Versicherte angemessen eingegliedert sei (IV-act. 45). Dr. B.____ berichtete am 22. Juni 2016 zusammengefasst, die Beschwerden hätten sich nicht wesentlich gebessert. Der Versicherte leide an Fuss-, Waden- und Rückenschmerzen VAS 8 und an einer Fussheberschwäche. Die Gehfähigkeit sei eingeschränkt und er könne nicht lange sitzen und im Sitzen keine Rotationsbewegungen ausführen. Auch in rückenadaptierter Tätigkeit bestehe dauerhaft lediglich eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 49). Der Versicherte erklärte am 29. Juni 2016, er sei mit der Mitteilung vom 10. März 2016 nicht einverstanden (IV-act. 50-1 f.), und reichte am 4. Juli 2016 weitere medizinische Akten ein (IV-act. 51), worauf die IV-Stelle mit Mitteilung vom 13. Juli 2016 diejenige vom 10. März 2016 widerrief (IV-act. 55). In einem weiteren Bericht vom 22. August 2016 äusserte Dr. B.____, auf Dauer sei der Versicherte auch in einer rückenadaptierten Tätigkeit nicht arbeitsfähig (IV-act. 57). Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte durch die medexperts AG polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 12. Januar 2017; Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr. med. F.____, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. G.____, Neurologie; Dr. med. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen 30. November und 1. Dezember 2016; IV-act. 70). Im polydisziplinären Konsens attestierten die Gutachterpersonen aufgrund einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01; IV-act. 70-26), eines neuropathisch-neuralgischen Schmerzsyndroms, einer leichten Fussheberschwäche links und neuropathischer Krämpfe bei Wurzelschädigung L5 (IV-act. 70-41) in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (IV-act. 70-48). RAD-Arzt Dr. C.____ nahm am 16. Januar 2017 Stellung, auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 71). Die IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 21. April 2017 das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab, da die Rentenprüfung gewünscht werde (IV-act. 77). Mit Vorbescheid

vom 31. Mai 2017 gewährte sie dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 80). Der Versicherte erhob am 20. Juni 2017 Einwand und legte insbesondere dar, das orthopädische Gutachten berücksichtige bzw. würdige nicht alle wesentlichen Akten und sei unvollständig (IV-act. 81). Nachdem die IV-Stelle den Einwand der Gutachterstelle zur Stellungnahme vorgelegt hatte (IV-act. 83), die orthopädische Gutachterin dem am 11. August 2017 unter Verweis auf die entsprechenden Textstellen im Gutachten nachgekommen war (IV-act. 84), wozu RAD-Arzt Dr. C.____ am 24. August 2017 Stellung nahm (IV-act. 85), wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 30. August 2017 ab und verwies dabei auf die Stellungnahmen der Gutachterin und des RAD (IV-act. 86). Mit Beschwerde vom 29. September 2017 beantragt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. L. Gmünder, St. Gallen, die Verfügung vom 30. August 2017 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihm eine halbe Invalidenrente ab Februar 2015 zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen, insbesondere ein neues medizinisches Gutachten einzuholen. Sodann beantragt er eine öffentliche Verhandlung mit Zeugeneinvernahme von Dr. D.____ und Parteibefragung. In den ihm von der Beschwerdegegnerin zugestellten Akten würden die medizinischen Berichte von PD Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 2. Juni 2014 und von Prof. Dr. med. J.____, Facharzt für Pneumologie und Schlafmedizin, vom 8. Januar 2016 (erwähnt im Gutachten, IV-act. 70-17 und 70-31 f.) fehlen, wobei wegen der Ein- und Durchschlafstörungen vor allem letzterer wichtig sei. Damit habe die Beschwerdegegnerin sein rechtliches Gehör bzw. Recht auf Akteneinsicht verletzt. Die angefochtene Verfügung sei daher aufzuheben. Den Gutachtern sei der Bericht von Dr. D.____ vom 4. Mai 2015 nicht zur Verfügung gestellt worden, welcher beweise, dass sich die Beschwerden bei körperlicher Betätigung verschlimmerten. Auch seien beidseitige Kniebeschwerden hinzugekommen, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die entsprechenden Berichte lägen weder den IV-Akten noch den den Gutachtern zur Verfügung gestellten Akten bei. Die Knieproblematik hätte der orthopädischen Hauptgutachterin auffallen müssen. Im Gutachten finde sich keine separate Teilbegutachtung Orthopädie, die orthopädischen Diagnosen würden nicht nach Wertigkeit geordnet aufgelistet und die rein orthopädischen Einschränkungen seien nicht ersichtlich, die orthopädische Beurteilung beschränke sich auf wenige Sätze. Eine Auseinandersetzung mit den ausführlichen Berichten von Dr. B.____ vom 22. Juni und 22. August 2016 sowie von Dr. D.____ vom 23. Juni 2016 habe nicht stattgefunden. Die Gutachterin habe wesentliche in den Vorakten enthaltene Tatsachen nicht berücksichtigt, ihre Befundtatsachen nicht durch eigene Untersuchungen und Abklärungen erhoben und nicht begründet. Das Gutachten sei unvollständig. Im psychiatrischen, internistischen und neurologischen Teilgutachten fänden sich unkorrekte biographische Angaben. Es sei nicht nachvollziehbar, dass in der polydisziplinären Gesamtschau nicht eine wesentlich höhere Arbeitsunfähigkeit resultiere, zumal die orthopädischen Beschwerden gemäss den behandelnden Ärzten zu deutlichen Einschränkungen führten. Zu wenig berücksichtigt worden seien die Schlafstörungen und die Apnoe. Das Gutachten sei nicht beweistauglich, insbesondere das orthopädische Hauptgutachten weise eklatante Mängel auf. Die polydisziplinär begründete Arbeitsfähigkeit von 80 % sei falsch und nach den Feststellungen der behandelnden Ärzte und der einzelnen Teilgutachter nicht nachvollziehbar. Es könne auf die übereinstimmenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen von Dr. B.____ und Dr. D.____ abgestellt werden, wonach eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % auch für leichte Tätigkeiten ausgewiesen sei. Bei

korrektem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 54 %. Er habe daher Anspruch auf eine halbe Rente. Sollten die vorliegenden Arztberichte keine genügende Entscheidungsgrundlage bilden, sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (act. G 1). Der Beschwerdeführer legt Berichte von Dr. med. K.____, Leitender Arzt Orthopädie Spital L.____, vom 25. August (act. G 1.8) und 12. September 2016 (act. G 1.9) vor, wonach er an einer medial betonten Gonarthrose bds. (links ausgeprägter als rechts), einem Status nach wahrscheinlicher Maisonneuve-Fraktur links und an einem Diabetes mellitus Typ II leide. Sodann reicht er einen Bericht von Dr. D.____ vom 28. September 2017 ein, wonach sich die Situation bezüglich Rückenleiden nicht verändert habe, längerfristig wegen der Kniebeschwerden mit einer prothetischen Versorgung zu rechnen sei und für die rückenadaptierte Tätigkeit als Lagerist weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert werde (act. G 1.10). Mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer greife das Gutachten an, indem er im Beschwerdeverfahren erstmals bisher vorenthaltene Arztberichte vorlege. Diese änderten nichts an der vorliegenden Arbeitsfähigkeitsschätzung, denn die Kniebeschwerden seien im Zeitpunkt der Begutachtung bereits behoben gewesen und daher nicht relevant. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Begutachtung keine Kniebeschwerden beklagt oder entsprechende klinische Befunde gezeigt. Die orthopädische Gutachterin habe ausreichend Stellung genommen und ihr Teilgutachten erfülle die versicherungsrechtlichen Kriterien. Auch der neurologische Gutachter habe die unteren Extremitäten untersucht und die vom Beschwerdeführer beschriebene Lähmung nicht erklären können. Daher sei er auch zu einer abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Ausserdem habe er darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer bei konsequenter Einnahme der Schmerzmedikation die Belastbarkeit steigern könnte. Die von der psychiatrischen Gutachterin angenommene Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei nicht nachvollziehbar. Die leichte Depression wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus. Betreffend Schlafstörung werde im Gutachten darauf hingewiesen, dass diese durch eine konsequente antidepressive Behandlung verbessert werden könnte. Das Schlafapnoesyndrom sei von der internistischen Gutachterin gewürdigt worden. Auch der neurologische Gutachter habe keine Hinweise auf Müdigkeit, raschere Ermüdbarkeit, Fluktuationen der Vigilanz oder Interferenzanfälligkeit beobachten können. Überwiegend wahrscheinlich hätte der Beschwerdeführer den im Jahr 2013 erzielten Lohn zusammen mit seiner Nebentätigkeit als Hauswart weiterhin erzielt und diese Tätigkeiten in diesem Umfang fortgesetzt. Die ab Februar 2014 geltend gemachten Verdienstmöglichkeiten entsprächen nicht mehr der Validenkarriere (act. G 4). Mit Replik vom 17. Januar 2018 macht der Beschwerdeführer geltend, die Arztberichte von Dr. K.____ hätten dem Rechtsvertreter im Zeitpunkt des Einwandverfahrens nicht vorgelegen. Den Gutachtern hätten nicht sämtliche relevanten Vorakten vorgelegen. Die Infiltration habe die Beweglichkeit kurzfristig verbessert, mittlerweile sei er wieder deutlich eingeschränkt. Die Schmerzen und Beweglichkeitseinschränkungen in den Kniegelenken wirkten sich offensichtlich negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus. Er habe anlässlich der Begutachtung Beschwerden im linken Bein angegeben, womit auch das Knie erfasst sei. Die orthopädische Gutachterin habe die Hubbelastung nicht geprüft, ihre Schätzung von 15 kg - dreimal höher als diejenige von Dr. B.____ - sei unzutreffend. Auch in leichten Tätigkeiten seien Gewichte von einigen Kilogramm zu bewegen. Er verfüge über keine Ausbildung und keine Computerkenntnisse und habe sich während seiner 29-jährigen Tätigkeit als Hilfskoch und Möbeldmonteur keine Kenntnisse aneignen können, die er in einer leichten

Tätigkeit ausserhalb des angestammten Betriebes verwerten könnte. Die von der psychiatrischen Gutachterin festgestellte psychische Belastung sei polydisziplinär zwingend zu berücksichtigen. Die Schlafstörungen seien zwar von der psychiatrischen Gutachterin explizit auch bei der Arbeitsfähigkeitseinschätzung erwähnt, im polydisziplinären Gesamtkonsens jedoch nicht berücksichtigt worden. Sein Lohn sei auch im Jahr 2013 erhöht worden; die gesunden Mitarbeiter der M.____ AG hätten im Jahr 2014 ebenfalls eine Lohnerhöhung erhalten (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 8). Am 18. November 2019 verzichtet der Beschwerdeführer auf die beantragte mündliche Verhandlung (act. G 8). 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 Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht zwischen Angebot von und Nachfrage nach Stellen bestünde (ausgeglicherer Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem

Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer rügt die unterlassene Berücksichtigung der medizinischen Beurteilung von PD Dr. I.____ vom 2. Juni 2014 (act. G 1.6) sowie der Berichte von Dr. K.____ vom 25. August und 12. September 2016 (act. G 1.8 f.). Dadurch seien der Untersuchungsgrundsatz sowie sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt und das Gutachten nicht vollständig. Der Gehörsanspruch gemäss Art. 42 ATSG umfasst unter anderem das Recht auf Mitwirkung bei der Sachverhaltsabklärung, auf Stellung von Beweisanträgen und auf Prüfung aller rechtserheblichen Anträge und Stellungnahmen. Die Rechtsprechung lässt die Heilung einer nicht besonders schwerwiegenden Gehörsverletzung zu, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann (U. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, N 15, N 25 und 29 f. zu Art. 42 ATSG, mit Verweisen). Auf die Abnahme eines Beweismittels kann sodann verzichtet werden, wenn die zu beweisende Tatsache nicht wesentlich ist (BGE 131 I 153 E. 3 S. 157), oder wenn das Gericht aufgrund bereits abgenommener Beweise seine Überzeugung gebildet hat und ohne Willkür annehmen kann, seine Überzeugung werde durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert (sog. antizipierte Beweiswürdigung, BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148). Hinsichtlich der Kniebeschwerden wurde zwar bereits vor der Begutachtung durch die medexperts eine beginnende medial betonte Gonarthrose diagnostiziert und diese offenbar durch eine Infiltration einstweilen erfolgreich behandelt (vgl. Berichte Dr. K.____ vom 25. August 2016 und vom 12. September 2016 [act. G 1.8 f.]). Dieser Sachverhalt einschliesslich der Tatsache, durch Dr. K.____ behandelt worden zu sein, wurde jedoch der Beschwerdegegnerin erst im Beschwerdeverfahren zur Kenntnis gebracht. In den Akten finden sich keine Hinweise, aufgrund derer sich die Beschwerdegegnerin hätte veranlasst sehen müssen, weitere Abklärungen hinsichtlich der Knie vorzunehmen. Der Ausschluss kniender Tätigkeiten im Anforderungsprofil von Dr. B.____ wurde nicht mit Kniebeschwerden begründet; vielmehr war in dessen Bericht vom 26. Juni 2016 von Waden- und Fusschmerzen die Rede (vgl. IV-act. 49). Die Beschwerdegegnerin hatte somit keinen Anlass für weitere Abklärungen und hat daher den Untersuchungsgrundsatz nicht verletzt. Es greift hier vielmehr die Mitwirkungspflicht des Beschwerdeführers in Form der Behauptungslast und Substantiierungs- bzw. Auskunftspflicht (Art. 28 Abs. 2 ATSG; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juni 2012, 9C_709/2011, E. 3.5.1; H.-J. Mosimann, Mitwirkungspflicht der Parteien, in: U. Kieser/M. Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2016, Zürich, 2016, S. 152, 156, 163). Die mit Beschwerde eingereichte medizinische Beurteilung von PD Dr. I.____ vom 2. Juni 2014 (act. G 1.6) lag sowohl der Beschwerdegegnerin (Fremdakten, act. 1-10 f.) wie auch den Gutachtern vor (IV-act. 70-10), ebenso die darin aufgeführten Befunde aus CT-Aufnahmen vom 24. September und 8. November 2013 sowie vom 18. Februar und 9. April 2014 (IV-act. 70-7 ff.). Zudem fertigte die orthopädische Gutachterin eigene Röntgenbilder an (IV-act. 70-22). Auch hier liegt somit keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes oder des rechtlichen Gehörs vor. Es bestehen somit keine formellen Gründe für eine Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es ist

gestützt auf Art. 61 lit. c ATSG nachfolgend materiell zu prüfen, ob die Berichte objektive medizinische Aspekte enthalten, welche die Beweistauglichkeit des Gutachtens in Frage zu stellen vermögen. Als somatische Beschwerden beklagte der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Anamneseerhebungen vordergründig dauerhafte Schmerzen an der LWS in unterschiedlicher Intensität und von stechendem Charakter, die ins linke Bein ausstrahlten (IV-act. 70-19 f., 29). An der Beinaussenseite links bis zum Fussrücken und zur Fusssohle bestehe ein immer gleichförmiger Dauerschmerz (IV-act. 70-34). Das Heben schwererer Gegenstände und die Einnahme einer längerdauernden gleichförmigen Körperposition, auch stundenlanges Liegen, verstärkten den Rückenschmerz (IV-act. 70-20, 34). Weiter habe er an der linken Unterschenkelaussenseite und am linken Fuss kein Gefühl und könne diesen nicht richtig heben. Er leide unter dauerhaften Sensibilitätsausfällen der gesamten Beinaussenseite links, am linken Fussrücken und an der vorderen Hälfte der linken Fusssohle (IV-act. 70-20, 29, 34). Sodann träten oft und belastungsabhängig muskuläre Krämpfe im linken Bein bzw. der ischiokruralen Muskulatur auf, dies auch nach längerem Gehen, dann humple er (IV-act. 29, 34). Schliesslich beschrieb er etwa zwei- bis dreimal wöchentlich auftretende Kopfschmerzen und eine Sehbeeinträchtigung und Schielen des rechten Auges nach einer Verletzung im Jugendalter (IV-act. 70-19). Die orthopädische Gutachterin erhob klinisch unter anderem ein vermindertes Anheben des linken Vorfusses beim Barfussgang (IV-act. 70-21). Der Versicherte zeige ein vermehrtes Gehen "über den Fussaussenrand", ohne hängenden Fuss, Stolpern oder Steppergang (IV-act. 70-46). Das OSG und die Zehen links würden aktiv nicht bewegt, im Bereich des Unterschenkels und der Fussaussenseite links sei die Gefühlswahrnehmung vermindert (IV-act. 70-22). Mangels "Halts" mit dem linken Fuss habe der Beschwerdeführer extreme Schwierigkeiten gehabt, sich zu setzen (IV-act. 70-23). Weiter beschrieb sie Schmerzen in der LWS beim Kauern und einen deutlichen Druck- und Klopfeschmerz im unteren Abschnitt der LWS. Die Beweglichkeit sei stark schmerzhaft eingeschränkt (IV-act. 70-21, 46). Im Röntgenbild der LWS vom 30. November 2016 zeigten sich fortgeschrittene mehrsegmentale Osteochondrosen LWK 2-4 mit ventraler Spondylose und deutlicher Reduktion der Bandscheibenhöhe, eine endplattenassoziierte Mehrsklerose der entsprechenden Wirbelkörper, eine fortgeschrittene Arthrose der Intervertebralgelenke und eine geringgradige Pseudoretroliothese LWK 3 gegenüber LWK 4 (Grad I nach Meyerding, IV-act. 70-22). Beurteilend hielt sie fest, aus orthopädischer Sicht bestehe ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach zweifacher Rückenoperation mit einer Minderung der Belastbarkeit der Wirbelsäule. Der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgeübte körperlich schwere Tätigkeit im Möbeltransport seit 3. Mai 2013 nicht mehr einsetzbar. In rückenadaptierter, leichter Tätigkeit ohne häufige Zwangshaltungen, ohne Heben von Lasten über 15 kg bestehe orthopädischerseits seit 1. Mai 2016 (Beginn leichte Tätigkeit bei M.____) keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 70-46). Die abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit laut Zeugnis von Dr. D.____ vom 23. Juni 2016 und laut Berichten von Dr. B.____ vom 22. Juni und 22. August 2016 seien unter Berücksichtigung der neurologischen Symptomatik (Fussheberschwäche, Rückenschmerzen, Wadenkrämpfe) erfolgt (IV-act. 70-45). Die orthopädische Gutachterin hat die ausstrahlenden Rückenschmerzen, die Fussheberschwäche und die Wadenkrämpfe nicht berücksichtigt, weil sie sie als dem neurologischen Fachgebiet zugehörig betrachtet hat, was nachvollziehbar erscheint. Ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bezieht sich somit insbesondere auf die bildgebend festgestellten Osteochondrosen, Arthrosen, die Mehrsklerosen und die Pseudoretroliothese und die dadurch reduzierte Belastbarkeit der

Wirbelsäule. Hinsichtlich der Kniebeschwerden äusserte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung keine solche, sondern beschrieb im Wesentlichen Schmerzen und Parästhesien im Rücken und an der Unterschenkelaussenseite links. Im orthopädischen Befund wurden beidseits reizlose Kniegelenke ohne Erguss oder Kapselschwellung mit freiem Bewegungsausmass und Bandstabilität vermerkt (IV-act. 70-22). Die orthopädische Gutachterin erhob demnach keine auf Gonarthrosen hindeutenden klinischen Befunde, weshalb nachvollziehbar erscheint, dass sie keine eigene Bildgebung vornahm. Dr. K.____ diagnostizierte denn auch erst beginnende Gonarthrosen, und die Beschwerden hatten offenbar auf die Infiltration gut angesprochen (Berichte Dr. K.____ vom 25. August und 12. September 2016, act. G 1.8 f.). Es ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung und der angefochtenen Verfügung keine die Arbeitsfähigkeit massgeblich einschränkenden Kniebeschwerden (mehr) vorlagen und das orthopädische Teilgutachten bezüglich der Kniebeschwerden folglich nicht unvollständig ist. Unvollständig ist das Gutachten auch nicht, was die von PD Dr. I.____ im Bericht vom 2. Juni 2014 festgehaltenen fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit unter anderem eindrücklichen Spondylarthrosen (act. G 1.6) anbelangt. Denn die Gutachterin erhob bildgebend eine fortgeschrittene Arthrose der Intervertebralgelenke (IV-act. 70-22) und attestierte eine qualitativ eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit der Wirbelsäule (IV-act. 70-46). Dr. B.____ führte im Bericht vom 29. Juni 2015 aus, er befürworte eine 50 %ige Berentung des Beschwerdeführers. Er glaube nicht, dass dieser mit der vorhandenen Parese, seiner Leibesfülle und dem Rückenschmerz längerfristig in rückenadaptierter Tätigkeit mehr arbeiten könne (IV-act. 52-1 f.). Am 22. Juni 2016 berichtete er, der Beschwerdeführer beklage Fuss-, Waden- und Rückenschmerzen VAS 8. Er habe eine Fussheberschwäche, beim Heben schwerer Gegenstände über 10 kg Rückenschmerzen und sei auch nicht länger einsatzfähig, was die Gehfähigkeit anbelange. Auch in rückenadaptierter Tätigkeit bestehe dauerhaft eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit, da er nicht lange sitzen und im Sitzen keine Rotationsbewegungen durchführen könne (IV-act. 49). Im Bericht vom 22. August 2016 legte er dar, der Beschwerdeführer habe eine Fussheberparese links und nach längerem Sitzen, Stehen und Heben von schweren Gegenständen Rückenschmerzen VAS 7-8. Auf Dauer sei er auch in einer rückenadaptierten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Er sei schon mehrere Male gestolpert wegen dem schwachen linken Fuss. Wegen der Hypästhesie am Fuss könne er im Dunkeln Unebenheiten nicht ausgleichen. Wenn er nicht genau aufpasse, reisse er sich die Haut unten an der grossen Zehe auf. Das bedeute aber auch, dass er in unebener Umgebung sicherlich nicht arbeiten könne (IV-act. 57). Aus diesen Zitaten geht hervor, dass Dr. B.____ in seine Arbeitsfähigkeitsschätzungen im Gegensatz zur orthopädischen Gutachterin nicht nur die dem orthopädischen Fachgebiet zuzuordnenden Beschwerden einbezog, was die Abweichung der Einschätzungen relativiert. Sodann ist zu berücksichtigen, dass er als behandelnder Arzt in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zum Beschwerdeführer steht, das heisst im Zweifelsfall eher zu dessen Gunsten aussagen wird bzw. die subjektiv vorgetragene Beschwerden grundsätzlich nicht in Zweifel ziehen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen; BGE 135 V 470, E. 4.5). Seine abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vermag das orthopädische Teilgutachten nicht objektiv zu entkräften. Der neurologische Gutachter diagnostizierte als Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein neuropathisch-neuralgisches Schmerzsyndrom, eine leichte Fussheberschwäche links und

neuropathische Krämpfe bei Wurzelschädigung L5 (IV-act. 70-41). Die vom Beschwerdeführer vorgeführte komplette Lähmung für die Hebung und Senkung des linken Fusses und der linken Zehen und die von Dr. B.____ am 22. August 2016 erneut angegebene Fussheberschwäche M2-3 sei diskrepant zur fehlenden Atrophie der Muskulatur im Seitenvergleich und zum lediglich leicht auffälligen Gangbild mit ausreichender Abrollbewegung ohne typischen Steppergang und mit noch kurzzeitig möglichem Einbeinzehenstand (vgl. IV-act. 70-36, 39, 40). Der Gutachter konnte entsprechend seiner Ausführungen mithin lediglich eine leichte Fussheberparese objektivieren. Dies erscheint anhand seiner Ausführungen nachvollziehbar. Weiter seien - so der neurologische Experte - die Inhaltsstoffe der angegebenen Schmerzmedikamente labordiagnostisch nicht nachweisbar gewesen, so dass davon ausgegangen werden müsse, dass diese nicht regelmässig eingenommen würden und kein sehr deutlich ausgeprägtes Schmerzsyndrom vorliege (IV-act. 70-39). Dass die behandelnden Ärzte und der neurologische Gutachter nicht von derselben Intensität der Beschwerden ausgehen, erklärt die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 70-42). Auch die neurologische Begutachtung wird folglich durch diese nicht objektiviert in Frage gestellt. Der Beschwerdeführer gab als dem psychiatrischen Fachgebiet zuzuordnende Beschwerden Schlafstörungen und Nervosität an. Er sei nie psychiatrisch - psychotherapeutisch behandelt worden (IV-act. 70-23). Die psychiatrische Gutachterin erhob eine leichte depressive Symptomatik, einhergehend mit ausgeprägten Einschlaf- und Durchschlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, sozialem Rückzug und phasenweise auftretenden Gedanken über die Sinnlosigkeit des Lebens (IV-act. 70-25) und diagnostizierte eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01; IV-act. 70-26). Unter Berücksichtigung des hohen Leidensdrucks und der chronischen, organisch bedingten Schmerzen attestierte sie eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (IV-act. 70-26 f.). Sie verneinte erkennbare Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen (IV-act. 70-25). Mangels einer Vergleichsgrundlage bzw. wegen fehlender objektiver Aussagen zur Vergangenheit liessen sich zur Persönlichkeitsentwicklung keine detaillierteren Aussagen machen (IV-act. 70-26), was auch für den Verlauf zutrifft und sich auch darin ausdrückt, dass die Gutachterin ihre diagnostische Beurteilung ausdrücklich auf den aktuellen Zeitpunkt beschränkt. Weitere Abklärungen sind hier allerdings nicht möglich und in Anbetracht der Tatsache, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung auch durch den Hausarzt offenbar nie in Betracht gezogen wurde, auch nicht angezeigt. Fraglich ist die Einschätzung insofern, als die psychiatrische Gutachterin von einem hohen Leidensdruck ausgeht, welchen der neurologische Gutachter aufgrund der nicht nachgewiesenen regelmässigen Einnahme der Schmerzmedikation gerade verneint. Da die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % sich polydisziplinär mit derjenigen in neurologischer Hinsicht attestierten von ebenfalls 20 % nicht addiert, kann diese Frage allerdings offen bleiben. Beim Beschwerdeführer liegt ein zumindest teilweise syndromales Leiden vor, und auch die Diagnose der leichten Depression verlangt nach der Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 309; BGE 143 V 418). Soweit insbesondere die Schmerzen und die Fussheberparese objektiviert werden können, ist nach dem Gesagten aufgrund der klinischen neurologischen Befunde und der nicht konsequent durchgeführten medikamentösen Schmerztherapie (vgl. E. 2.5) von einer eher leichten funktionellen Beeinträchtigung auszugehen. Aus orthopädischer Sicht besteht eine Gangeinschränkung, jedoch kein hängender Fuss, kein Stolpern, kein Steppergang. Aufgrund der LWS-Probleme ist eine schwere Tätigkeit wie die bisherige als Möbeltransporteur und -monteur nicht mehr

möglich. Zumutbar sind rückenadaptierte, leichte Tätigkeiten ohne häufige Zwangshaltungen und ohne Heben von Lasten über 15 kg (IV-act. 70-46). Aus neurologischer Sicht sind die muskuläre Dauerbelastbarkeit des linken Beines und die Rumpfsicherheit sowie das Sehvermögen des rechten Auges eingeschränkt (IV-act. 70-40, 42). Aus neurologischer Betrachtung adaptiert seien körperlich nicht belastende Tätigkeiten ohne höhere konzentrierte Anforderungen oder besondere Verantwortung (wegen der Notwendigkeit, die Schmerzen zu tolerieren), ohne häufiges Gehen und Stehen und ohne Überwindung von Höhendifferenzen, mit eigenbestimmter Unterbrechbarkeit und ohne höhere visuelle Anforderungen insbesondere an das räumliche Sehen (IV-act. 70-41). Die leichte depressive Episode ist gemäss der psychiatrischen Gutachterin als Komorbidität zu beachten (vgl. IV-act. 70-26). Schlafapnoe und Asthma sind laut der internistischen Gutachterin mit CPAP-Gerät bzw. medikamentös gut eingestellt, so dass diesbezüglich keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (IV-act. 70-29, 31 f., 33). Von Seiten der Persönlichkeit konnte keine Beeinträchtigung festgestellt werden. Zu den Ressourcen führte die psychiatrische Gutachterin aus, als Hauptqualitäten liessen sich, angelehnt an die Mini-ICF-App, Anpassung an Regeln und Routinen, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit sowie Kontaktfähigkeit erheben. Der Beschwerdeführer sei bestrebt, trotz objektiv vorhandener körperlicher Einschränkungen seinen Arbeitsplatz zu erhalten. Während der Untersuchung hätten keine sozialen Belastungen, die das psychische Befinden zusätzlich negativ beeinflussen könnten, eruiert werden können. Es sei zu bezweifeln, ob weitere Ressourcen zu mobilisieren wären. Der Versicherte werde durch seine Familie, vor allem durch seine Ehefrau und die zu Hause lebende Tochter, unterstützt. Er pflege intensive Kontakte zur Schwester in der Schweiz und zur Schwester und Mutter in N.____. Die Beziehung zu den Nachbarn scheine sehr gut zu sein. Ein gutes Verhältnis zum Juniorchef zeuge von guter Kommunikationsfähigkeit, hoher Motivation sowie Loyalität. Auch vor der Erkrankung habe der Versicherte keine besonderen Hobbys gepflegt, die Freizeit überwiegend mit seiner Familie verbracht und sei sportlich nicht aktiv gewesen. Hinsichtlich der Konsistenz fand die psychiatrische Gutachterin keine Diskrepanzen zwischen den Schilderungen der körperlichen Symptome und dem Verhalten in der Untersuchungssituation (IV-act. 70-26). Hingegen stellte der neurologische Gutachter Unstimmigkeiten insbesondere hinsichtlich der gezeigten Fusslähmung und den Gangbefunden fest (vgl. E. 3.3). Sowohl aus neurologischer als auch aus psychiatrischer Sicht liesse sich durch eine konsequente medikamentöse Therapie eine Verbesserung der Beschwerden erreichen, was insbesondere die psychiatrische Gutachterin in ihrer Einschätzung berücksichtigte (IV-act. 70-39, 27). Zusammenfassend berücksichtigt das Gutachten die Standardindikatoren ausreichend, weshalb auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung abzustellen ist. Der Beschwerdeführer beantragt die Befragung von Dr. D.____ und seiner selbst als Partei zu seinen Schlafstörungen bzw. zur dadurch bewirkten gesteigerten Ermüdbarkeit und zum Vorliegen eines ausgeprägten Morgentiefs (act. G 1-3). Der Beschwerdeführer beschrieb die Schlafstörungen gegenüber der psychiatrischen Gutachterin dergestalt, dass er bereits eineinhalb Stunden nach dem Einschlafen wieder erwache, eine bis zwei Stunden im Dunkeln sitze und sich danach gegen vier Uhr morgens wieder ins Bett begeben (IV-act. 70-23). Es ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die beantragten Befragungen detailliertere Erkenntnisse liefern würden, welche die gutachterliche Beurteilung in Frage zu stellen vermöchten. Weiter beantragt er die Befragung des Geschäftsleiters der Arbeitgeberin sowie der Dres. B.____ und D.____ und seiner selbst zum zumutbaren Pensum in einer angepassten Tätigkeit wie der

aktuellen im Lager seiner Arbeitgeberin (act. G 1-5, 8). Auch hierzu haben sich die genannten Personen in ihren Berichten zu den Wesentlichen Aspekten geäußert und es ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Befragungen weitere relevante Aussagen ergeben würden. Bezüglich des Valideneinkommens erübrigt sich eine Parteibefragung, zumal dem Beschwerdeführer gefolgt wird (s.u., E. 4.2). In antizipierter Beweiswürdigung (s.o., E. 2.2) kann daher von den beantragten Befragungen abgesehen werden. Aus polydisziplinär-gutachterlicher Sicht ist der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Möbelauslieferer und -monteur seit dem Unfall vom 3. Mai 2013 vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 70-48). Die Gutachter übersehen dabei aber, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall die bisherige Tätigkeit weiter ausgeübt hat und erst ab dem 26. Mai 2014 arbeitsunfähig war (Fremdakten, act. 1-5 f.; Angaben Arbeitgeberin vom 2. Oktober 2014, IV-act. 9-3). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war somit am 26. Mai 2015 abgelaufen. Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte am 24. September 2014, womit ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Mai 2015 besteht (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Die 80 %ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten liegt gemäss Schätzung der Gutachter seit 1. Mai 2016 vor (IV-act. 70-48). Für den Zeitraum von Mai 2015 bis April 2016 ist daher auf die echtzeitlichen Schätzungen abzustellen. Am 6. Mai 2015 berichtete Dr. B.____ von seit ungefähr zehn Tagen bestehenden Wadenschmerzen (IV-act. 52-7) und attestierte am 20. Mai 2015 "momentan" keine (IV-act. 52-3) und ab 29. Juni 2015 eine lediglich 50 %ige Arbeitsfähigkeit (Berichte vom 29. Juni 2015, IV-act. 52-1 f., und vom 22. Juni 2016, IV-act. 49). Somit ist davon auszugehen, dass in angepassten Tätigkeiten von Ende April bis 28. Juni 2015 eine vollständige, ab 29. Juni 2015 eine 50 %ige und ab 1. Mai 2016 eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit vorlag. Für den Einkommensvergleich ist das Jahr 2015 massgebend (vgl. BGE 129 V 222). Gemäss Angaben der Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall als Möbelauslieferer und -monteur ein Einkommen von 13 x Fr. 4'700.-- = Fr. 61'100.-- erzielt. Ein zusätzlicher Bonus von Fr. 500.-- wurde ihm 2013 erstmals ausbezahlt und es wurden darauf AHV-Beiträge entrichtet (Lohnabrechnung Arbeitgeberin, IV-act. 9-6 f.; Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 34-1). Zusätzlich erhielt er jeweils jährlich Fr. 4'800.-- als Abgeltung für seine Tätigkeit als Hauswart (IK-Auszug, IV-act. 34-1). Insgesamt hätte er - unter der Annahme, der Bonus wäre ihm weiterhin ausgerichtet worden - im Jahr 2014 ein Einkommen von Fr. 66'400.-- erzielt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2015 resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 66'579.--. Dies entspricht dem Valideneinkommen, zumal davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin an derselben Arbeitsstelle tätig geblieben wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen). Im Jahr 2015 erzielte der Beschwerdeführer für seine 50 %ige Tätigkeit im Lager der bisherigen Arbeitgeberin einen Jahreslohn von 13 x Fr. 2'350.-- = Fr. 30'500.-- (ohne Krankentaggeldzahlungen; vgl. Lohnabrechnungen, act. G1.11). Die Massgeblichkeit des tatsächlichen Invalideneinkommens bedingt indes, dass die Restarbeitsfähigkeit vollumfänglich ausgeschöpft wird (Urteile des Bundesgerichts vom 11. Februar 2013, 9C_720/2012, E. 2.3.2, und vom 14. April 2010, 9C_310/2009, E. 3.2). Ist dies nicht der Fall, ist vom Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE)/Lohnentwicklung des BFS auszugehen. Dieser beträgt für das Kompetenzniveau 1, Männer, Fr. 66'633.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019, Anhang 2). Aufgrund der von Ende April bis 28. Juni 2015 bestandenen 100 %igen Arbeitsunfähigkeit hat der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2015 Anspruch auf eine ganze Rente. Die vom 29. Juni

2015 bis 30. April 2016 bestandene Arbeitsfähigkeit von 50 % schöpfte der Beschwerdeführer aus. Es ist daher von einem Valideneinkommen von Fr. 66'579.-- und vom tatsächlichen Invalideneinkommen von Fr. 30'500.-- auszugehen, woraus ein Invaliditätsgrad von 54,2 % resultiert. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV hat der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2015 Anspruch auf eine halbe Rente. Seit 1. Mai 2016 ist der Beschwerdeführer in adaptierten Tätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig. Die Verbesserung ist ab 1. August 2016 rentenwirksam (Art. 88a Abs. 1 IVV). Da der Beschwerdeführer diese Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpft, ist das Invalideneinkommen ab Eintritt der 80 %igen Arbeitsfähigkeit nach dem Tabellenlohn zu bemessen. Gemäss T18 des Bundesamtes für Statistik (BFS) ist ein Teilzeitabzug von 5 % zu gewähren (2014: Fr. 5'714.-- : Fr. 6'069.-- = 94 %; 2015: Fr. 5'875.-- : Fr. 6'130.-- = 96 %). Insgesamt erscheint in Anbetracht der verschiedenen Einschränkungen (psychisch, Rücken und Gang) ein Tabellenlohnabzug von 10 % angemessen. Das Invalideneinkommen beträgt somit $80\% \times 90\% \times \text{Fr. } 66'633.-- = \text{Fr. } 47'975.--$. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 66'579.-- ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 27,9 %. Dieser begründet keinen Rentenanspruch mehr. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit befristeter Wirkung vom 1. Mai bis 30. September 2015 eine ganze Rente und vom 1. Oktober 2015 bis 31. Juli 2016 eine halbe Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerde lediglich teilweise betreffend einen rückwirkenden befristeten Rentenanspruch gutgeheissen wird, 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.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 400.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 200.-- zurückzuerstatten. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung 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 HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Bei vollständigem Obsiegen wäre eine Parteientschädigung von Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Aufgrund des teilweisen Obsiegens hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit einer Pauschale von Fr. 1'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 30. August 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit befristeter Wirkung vom 1. Mai bis 30. September 2015 eine ganze Rente und vom 1. Oktober 2015 bis 31. Juli 2016 eine halbe Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 200.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 400.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer daran angerechnet und im

Umfang von Fr. 200.-- zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 1'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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