

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/282 vom 10. August 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-08-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_282](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_282)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/282 du 10 août 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/282 del 10 agosto 2020

## Regeste

Art. 28, 28a und 29 IVG, Art. 88a IVV. Wird in einem Administrativgutachten die adaptierte Arbeitsfähigkeit lediglich prognostisch geschätzt und von einer Therapie-Implementierung abhängig gemacht, kann die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgelegt werden und ist der medizinische Sachverhalt weiter abzuklären (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. August 2020, IV 2018/282).

## Volltext

Entscheid vom 10. August 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren Geschäftsnr. IV 2018/282 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Pascal Adrien Manhart, MLaw, Knus Gnädinger Landolt, Molkereistrasse 1, Postfach, 8645 Jona, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ wurde am 21. Januar 2014 zur Früherfassung bei der Invalidenversicherung angemeldet. Als gesundheitliche Problematik nannte der Arzt ein Lumbovertebralsyndrom bei muskulärer Dysbalance, Haltungsinsuffizienz sowie eine Diskushernie links-medio-lateral L4/5 (IV-act. 1). Am 7. Februar 2014 meldete er sich zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 6). Mit Bericht vom 28. März 2014 führte Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rapperswil, aus, der Versicherte klagte über rezidivierende Schmerzen seit der Kindheit im Bereich des Rückens. Seit Dezember 2013 leide er erneut unter akuten linkslumbalen Schmerzen (IV-act. 23-2). Die IV-Stelle gewährte dem Versicherten am 10. Februar 2014 Beratung und Unterstützung beim Erhalt seines Arbeitsplatzes als Maschinenwart bei der C.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 25 und 1). Nachdem der Versicherte weder das gewünschte Arbeitspensum erreichen noch die erforderliche Leistung erbringen konnte und schmerzbedingt immer wieder vollständig ausfiel, kündigte die C.\_\_\_\_ ihm das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 2015 (vgl. IV-act. 37-5). Vom 23. Juli 2014 bis 19. August 2014 befand sich der Versicherte bei den D.\_\_\_\_ in stationärer Therapie. Er absolvierte in dieser Zeit ein Ergonomietraining und war 100% arbeitsunfähig geschrieben. Die D.\_\_\_\_ empfahlen einen Wiedereinstieg wie folgt: ab 21. August 2014 60%, ab 19. September 2014 für zwei Wochen 70%, danach 80% Arbeitsfähigkeit für wechselbelastende Tätigkeiten (IV-act. 43, insbesondere IV-act. 43-7). Vom 27. November bis 24. Dezember 2014 war der Versicherte im Spital E.\_\_\_\_ zu einer stationären Alkoholentzugsbehandlung hospitalisiert (IV-act. 65-6 ff.). Direkt anschliessend war er bis 29. Oktober 2015 im F.\_\_\_\_ (IV-act. 63). Während dieser Zeit war der Versicherte zwar in der Holzwerkstatt und im Recycling des F.\_\_\_\_s beschäftigt, ein eigentliches

Arbeitstraining war jedoch nicht möglich, da der Versicherte schmerzbedingt keine volle Woche durcharbeitete. Der Arbeitsagoge des F. \_\_\_ sah deshalb keine Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (vgl. IV-act. 60-1 f. und 63-2). Dr. med. G. \_\_\_ bei welchem der Versicherte seit 20. Oktober 2014 in psychiatrischer Behandlung stand, attestierte diesem mit Arztbericht vom 5. November 2015 eine Arbeitsfähigkeit adaptiert von 30% (IV-act. 65-3). Mit Mitteilung vom 9. März 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 74). Mit Bericht vom 18. April 2016 attestierte Dr. B. \_\_\_ dem Versicherten bei einem Panvertebralsyndrom bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance und Haltungsinsuffizienz eine Arbeitsfähigkeit von täglich maximal vier bis fünf Stunden mit einer Pause von 30 Minuten nach zwei Stunden in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 79). Dr. G. \_\_\_ diagnostizierte am 18. April 2016 eine Dysthymia (F34.1), ein Abhängigkeitssyndrom von Alkohol (F10.20), seit Oktober 2015 abstinent, und ein chronisches LWS-Syndrom. Anfänglich habe die Alkoholproblematik im Vordergrund gestanden mit einem Konsum von zuletzt bis zu 10 Liter Bier täglich und gelegentlichem Kokainkonsum. Später hätten die lumbalen Schmerzen im Vordergrund gestanden. In Sachen Schmerzen und körperlicher Belastungsfähigkeit habe der Versicherte keine Fortschritte gemacht, weshalb Dr. G. \_\_\_ ihm nicht mehr habe weiterhelfen können und der Versicherte die therapeutische Begleitung bei ihm abgebrochen habe (IV-act. 80). Mit Stellungnahme vom 23. Mai 2016 hielt RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin FMH, fest, die von Dr. B. \_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeitsschätzung sei sehr tief und könne aus IV-medizinischer Sicht nicht gestützt werden. Durch regelmässige Beübung der Rumpfmuskulatur sollte der Gesundheitszustand verbessert werden können. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe seit Austritt aus dem F. \_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 100% (IV-act. 81-2 f.). Mit Verfügung vom 13. Juni 2016 wies die IV-Stelle das Begehren um Invalidenrente ab (IV-act. 82). Dagegen erhob der Versicherte am 4. Juli 2016 Beschwerde (IV-act. 83 f.). Dr. med. I. \_\_\_, FMH Radiologie, stellte am 30. Juni 2016 eine aktivierte linksbetonte Facettengelenkarthrose auf Höhe LWK 3/4 sowie 4/5 als mögliche Ursache der Beschwerden fest. Zudem bestehe unverändert eine flache linksmediolaterale Bandscheibenprotrusion lumbosacral sowie eine breitbasige mediane Bandscheibenhernie mit linksmediolateraler Komponente auf Höhe LWK 4/5 ohne eindeutige Nervenwurzelkompression (IV-act. 83-3). Am 7. Juli 2016 stellte Dr. B. \_\_\_ folgende Diagnosen: Diabetes mellitus, Hypertonus, Hepatopathie (alkoholtoxisch), panvertebrales Schmerzsyndrom bei aktivierten Facettengelenksarthrosen L3/4 und L4/5 bds. sowie Dysthymia. Die therapeutischen Optionen zur Behandlung des Schmerzsyndroms seien damit massiv eingeschränkt. NSAR, Paracetamol seien wegen der Hepatopathie, Opiate wegen des St.n. Alkoholabhängigkeit und Kortison wegen des Diabetes kontraindiziert. Trainings- und Neuraltherapie seien seit Jahren ohne substantielle Verbesserung erfolgt. Die Prognose sei damit sehr ungünstig (IV-act. 83-4). Am 26. September 2016 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 13. Juni 2016 (IV-act. 95). Das Versicherungsgericht schrieb das Beschwerdeverfahren mit Verfügung vom 14. Oktober 2016 ab (IV-act. 103). Im Dezember 2016 veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine/Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie) bei der MEDAS Interlaken-Unterseen GmbH (nachfolgend: MEDAS; IV-act. 112 und 115). Mit Gutachten vom 13. Mai 2017 stellten die MEDAS-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Hämochromatose (E83.1), Osteopenie/Osteoporose und beginnende Coxarthrose bds. (M19.05). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

hielten sie Hypertonie (I10), St.n. Anpassungsstörung (F43.2), Alkoholmissbrauch, sowie Knick-Senk-Spreizfüsse bds. fest (IV-act. 124-20 f.). Die diagnostizierten Hämochromatose und Osteoporose, welche bisher nicht abgeklärt und nicht behandelt worden seien, müssten als Ursache der geklagten lumbovertebralen Schmerzen betrachtet werden. Die Gutachter würden die Abklärung und Behandlung dieser beiden Krankheiten empfehlen. Nach Behandlung der Grundleiden seien dem Versicherten Eingliederungsmassnahmen zumutbar, welche den Kriterien einer angepassten Tätigkeit entsprächen (IV-act. 124-21 f.). In einer angepassten Tätigkeit sei der Versicherte maximal 80% arbeitsfähig. Dabei bestehe keine Einschränkung des zeitlichen Pensums, jedoch eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit wegen vermehrtem Pausenbedarf und/oder verlangsamtem Arbeitstempo. Die Pausen seien zur Sicherstellung der Möglichkeit zu Lockerungs-, Dehnungs- und Gymnastikübungen notwendig. Das verlangsamte Arbeitstempo resultiere aus der Einhaltung der ergonomischen Empfehlungen. Für diese Tätigkeit seien folgende Kriterien zu berücksichtigen: Vermeiden von Heben von Lasten über 20 kg. Vermeiden von repetitiven Torsions- und Schwenkbewegungen mit dem Rumpf und dem Oberkörper sowie von monotonen, vorgebeugten, knienden oder kauernenden Tätigkeiten. Vermeiden von Überkopfarbeiten. Vermeiden von Expositionen für physikalische Vibrations-, Schlag- oder Rüttelbewegungen. Für sitzende und stehende Tätigkeiten sei auf die Möglichkeit von Wechselpositionen und/oder Kurzpausen zu achten. Längeres Tragen von Lasten über 10 kg sei zu vermeiden. Diese Arbeitsfähigkeit gelte nach erfolgter Abklärung der Hämochromatose und der Osteoporose und nach erfolgreicher Therapie-Implementierung durch die behandelnden Ärzte (IV-act. 124-23). Mit Stellungnahme vom 5. Juli 2017 hielt RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, fest, aus der DEXA-Messung von Dr. B.\_\_\_\_ vom Juni 2017 gehe hervor, dass die vom Gutachter diagnostizierte Osteoporose nicht nachgewiesen werden könne. Die vom Gutachter gestellte Diagnose einer Hämochromatose werde vom RAD als nicht bestätigt erachtet, solange keine genetische Untersuchung durchgeführt worden sei. Das erhöhte Ferritin könne durch den chronischen Alkoholabusus bedingt sein. Eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich daraus jedoch nicht (IV-act. 126; vgl. zur DEXA-Messung IV-act. 125). Mit Vorbescheid vom 10. Juli 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten erneut die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 129). Mit ärztlichem Attest vom 14. August 2017 führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, die Aussagen des rheumatologischen Gutachters hinsichtlich einer Osteoporose mit dazugehörigen Frakturen sei als falsch einzuschätzen. Die Veränderungen in der Form der Wirbelkörper seien durch die massive mechanische Überlastung mit übermässigen Umbauvorgängen der Wirbelkörper bedingt. Diese führten zu nachvollziehbaren chronischen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen und könnten in der Form und Struktur therapeutisch nicht verändert werden. Aus ihrer Sicht sei weiterhin eine Einschränkung von 50% auch für Verweistätigkeiten vorhanden (IV-act. 135-2). Am 16. August 2017 und ergänzend am 30. August 2017 erhob der Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid vom 10. Juli 2017 (IV-act. 135-1 und 136). Am 24. August 2017 erstellte Dr. I.\_\_\_\_ ein MRI der BWS und LWS und beurteilte es wie folgt: Im Verlauf weiterhin flache mediane bis links mediolateral ausladende Bandscheibenprotrusion lumbosacral sowie breitbasige mediane Bandscheibenprotrusion auf Höhe LWK 4/5 ohne Zeichen einer Neurokompression. Unveränderte mediane Bandscheibenprotrusion auf Höhe BWK 12/LWK 1. Neu nachweisbare kleinste links paramedian bis lateral reichende Bandscheibenprotrusion auf Höhe BWK 2/3. Insgesamt kein Nachweis einer Spinalkanalstenose oder einer

neuroforaminalen Einengung. Nach wie vor leicht aktivierte Facettengelenkarthrose auf Höhe LWK 4/5 (IV-act. 139). Auf Nachfrage der IV-Stelle führte der rheumatologische Gutachter am 21. März 2018 aus, die DEXA-Messung zeige eine technische Verfälschung nach oben. Die Diagnose der Osteoporose könne deshalb trotzdem gestellt werden. Das MRI sei nicht geeignet, die Befunde aus dem Röntgen zu widerlegen. Er halte daran fest, dass keil-morphologische Veränderungen vorliegen würden. Diese seien nicht typisch als Resultat einer mechanischen Belastung im degenerativen Sinn einzustufen, sondern eben gerade bei Osteopenie wegen der dortigen mechanischen Überlastung typisch gehäuft auftretend. Wenn solche Ereignisse ausgeheilt seien, zeige sich in einer MRI-Untersuchung keine frakturäquivalente Sinterungsaktivität mehr. Die von Dr. B.\_\_\_\_ festgesetzte Arbeitsfähigkeit von 50% könne weder betreffend die vorliegende Morphologie noch aufgrund einer reinen Spondylose nachvollzogen werden (IV-act. 151). Am 7. Mai 2018 bezeichnete Dr. B.\_\_\_\_ die Beurteilung des rheumatologischen Gutachters als falsch. Alle Werte der DEXA-Messung seien im Normbereich. Eine osteoporotisch bedingte Fraktur wäre im MRI nachweisbar. Die Kompetenz des Gutachters sei deshalb anzuzweifeln (IV-act. 157). Mit Stellungnahme vom 25. Mai 2018 hielt RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ fest, dass die DEXA-Messung lediglich eine Zusatzuntersuchung sei und auch bei normaler Knochendichte eine Osteoporose gegeben sein könne. Entscheidend sei das klinische Auftreten von Frakturen ohne adäquates Trauma. Es sollten deshalb die MRI- und Röntgenbilder zur eigenständigen Beurteilung durch den RAD eingeholt werden (IV-act. 159). Mit Stellungnahme vom 3. Juli 2018 beschrieb Dr. J.\_\_\_\_, sowohl auf den Röntgen- als auch den MRI-Bildern sei eine leichte Keilwirbelbildung von BWK 12 und LWK 1 deutlich zu sehen. Diese komme bei verschiedenen Ursachen vor, z.B. bei der diskutierten Osteoporose. Unabhängig von der zu Grunde liegenden Ursache ergebe sich aber keine Änderung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 164). Mit Verfügung vom 5. Juli 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Aufgrund der medizinischen Abklärungen bestehe für körperlich leichte bis kurzfristig mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangsposition eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, welche in einem vollen Pensum mit um 20% reduzierter Leistung verwertet werden könne. Daran werde nach Rückfragen zum MEDAS-Gutachten und eigenständiger Beurteilung der MRI- und Röntgenbilder durch den RAD festgehalten. Der Invaliditätsgrad betrage 28%, sodass kein Rentenanspruch gegeben sei (IV-act. 165). Gegen diese Verfügung erhebt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt Adrian Schnetzler, Knus Gnädinger Landolt Rechtsanwälte, am 6. September 2018 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 5. Juli 2017 sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten über seine Erwerbsfähigkeit in Auftrag zu geben. Subeventualiter seien Eingliederungsmassnahmen zu verfügen oder die Sache zu diesem Zweck an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Subsubeventualiter sei die Sache insgesamt zur neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zzgl. MwSt.) zulasten der Beschwerdegegnerin. Ihm sei die unentgeltliche Rechtspflege samt unentgeltlicher Rechtsverbeiständung zu gewähren. Zur Begründung macht er im Wesentlichen geltend, das MEDAS-Gutachten sei nicht beweiskräftig, sodass darauf nicht abgestellt werden könne. Zudem würden die MEDAS-Gutachter trotz der Feststellung, dass weitere medizinische Abklärungen nötig seien, bereits eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgeben. Dies sei spekulativ. Die Definition der adaptierten Arbeitsfähigkeit in der Verfügung greife zu kurz und stimme nicht mit der Umschreibung im MEDAS-Gutachten überein. In einer derart eng umschriebenen Verweistätigkeit könne höchstens die Hälfte des angenommenen

Invalideneinkommens (Tabellenlohn) erzielt werden. Die Diagnose der Hämochromatose werde vom RAD-Arzt übergangen, indem dieser den Ferritinwert spekulativ auf den Alkoholabusus zurückführe. Insgesamt sei der Sachverhalt medizinisch noch nicht genügend geklärt. Die Zusatzfragen seien nicht polydisziplinär beantwortet worden, sondern rein rheumatologisch, was formell fehlerhaft sei. Die vom RAD vorgenommene eigenständige Beurteilung sei unstatthaft. Eine verwaltungsinterne Abklärung könne von vornherein nicht genügen. Das Valideneinkommen habe gemäss Lohnliste der C. \_\_\_ im Jahr 2013 Fr. 74'084.55 betragen. Es bestehe kein Grund, davon abzuweichen. Ihm sei zudem ein Leidensabzug zu gewähren (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit werde im interdisziplinären Konsens auf maximal 80% geschätzt. Weiter werde ausgeführt, dass die 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus vermehrtem Pausenbedarf und/oder verlangsamtem Arbeitstempo resultiere. RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_ habe festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung unter rheumatologischen Aspekten nachvollzogen werden könne. Die MEDAS habe zu den im Einwandverfahren erhobenen Vorbringen Stellung genommen und der RAD sei zum Schluss gekommen, dass sich insgesamt keine Änderung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe. Der RAD habe sich auch zum Schreiben Dr. B. \_\_\_s vom 7. Mai 2018 geäußert und sei zum Ergebnis gelangt, dass Dr. B. \_\_\_ die Kompetenz des rheumatologischen Gutachters zu Unrecht angezweifelt habe. Die Beschwerdegegnerin habe die zu tätigen Abklärungen umfassend vorgenommen. Dem MEDAS-Gutachten sei volle Beweiskraft zuzumessen. Gemäss IK-Auszug habe der Beschwerdeführer im Jahr 2012 ein Einkommen von Fr. 72'327.-- und im Jahr 2013 ein solches von Fr. 71'651.-- erzielt. Seinem Vorbringen, ihm sei ein Valideneinkommen von Fr. 74'084.55 anzurechnen, könne nicht gefolgt werden. Unter Berücksichtigung des anrechenbaren Invalideneinkommens von Fr. 52'138.-- resultiere ein Invaliditätsgrad von 28%. Ein Leidensabzug sei nicht gerechtfertigt (act. G5). Am 4. Dezember 2018 bewilligt die verfahrensleitende Versicherungsrichterin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung; act. G6). Mit Replik vom 21. Januar 2019 hält der Beschwerdeführer, nun vertreten durch Rechtsanwalt Pascal Adrien Manhart, Knus Gnädinger Landolt Rechtsanwälte, an seinen Anträgen fest. Der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht. Zwischenzeitlich liege ein weiteres ärztliches Attest von Dr. B. \_\_\_ vor, welches eine sehr ungünstige Prognose stelle (act. G8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G9 f.). Mit Schreiben vom 8. Juli 2020 reicht der Beschwerdeführer das neueste ärztliche Attest von Dr. B. \_\_\_ ein und macht eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend (act. G11). Erwägungen Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und

nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). 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). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 157 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). 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist sodann der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C\_295/2017, E. 6.4.2 mit Hinweisen), sodass im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren nicht allein auf ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden darf, wenn Zweifel an deren Richtigkeit bestehen. 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). Vorliegend besteht Einigkeit darüber, dass der Beschwerdeführer seit Dezember 2013 in seiner angestammten Tätigkeit durchgehend arbeitsunfähig ist (vgl. IV-act. 23-2 für

Dr. B.\_\_\_\_, 124-23 für die MEDAS-Gutachter und 126-1 für den RAD). Zwar arbeitete er im Jahr 2014 noch in wechselnden Pensen bei seiner letzten Arbeitgeberin. Er erbrachte jedoch trotz der Tatsache, dass auf seine gesundheitliche Verfassung Rücksicht genommen wurde, keine stabile Leistung und war immer wieder 100% krankgeschrieben (vgl. hierzu IV-act. 37). Demnach begann das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im Dezember 2013 und war folglich im Dezember 2014 erfüllt. Nachdem der Beschwerdeführer sich am 7. Februar 2014 zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hat (IV-act. 6), ist die Karenzfrist von sechs Monaten nach Art. 29 Abs. 1 IVG am 7. August 2014, noch vor Ende des Wartejahres, abgelaufen. Somit würde ein allfälliger Rentenanspruch frühestens per 1. Dezember 2014 entstehen. Im Zeitpunkt des Ablaufs des Wartejahres befand der Beschwerdeführer sich zum Alkoholentzug im Spital E.\_\_\_\_ in Behandlung. Direkt anschliessend war er bis 29. Oktober 2015 im F.\_\_\_\_ (IV-act. 63 und 65-6 ff.). Diese Entzugsbehandlung war bei einem Alkoholkonsum von zuletzt vor Behandlungsbeginn sechs bis zehn Litern Bier täglich (IV-act. 65-9) unstreitig dringend indiziert. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter sprach denn auch von einer fachgerechten Behandlung des Abhängigkeitssyndroms (vgl. IV-act. 124-49). Während der stationären Behandlung im Spital E.\_\_\_\_ und der Suchttherapie im F.\_\_\_\_ war der Beschwerdeführer auch in einer adaptierten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (so auch RAD-Ärztin H.\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 23. Mai 2016, IV-act. 81-2; anderslautende Prognosen [vgl. etwa IV-act. 53] erwiesen sich als zu optimistisch, weshalb der Aufenthalt im F.\_\_\_\_ mehrmals hatte verlängert werden müssen). Zwar war der Beschwerdeführer im F.\_\_\_\_ in der Holzwerkstatt und im Recycling tätig, dabei handelte es sich jedoch bloss um eine Beschäftigungsmassnahme im Sinne einer Tagesstruktur (vgl. IV-act. 60-1 f. und 63-2). Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestand hingegen in diesem Zeitraum, während dem der Beschwerdeführer trotz hoher Motivation immer wieder rückfällig wurde (vgl. beispielhaft IV-act. 45), nicht. Zu prüfen bleibt die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen dem 30. Oktober 2015 (Austritt aus dem F.\_\_\_\_) und dem 5. Juli 2018 (Datum der angefochtenen Verfügung). Anders als vom RAD angenommen (vgl. etwa IV-act. 126-2) gilt die im MEDAS-Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von "maximal 80%" (IV-act. 124-23) nicht seit Dezember 2013. Dass diese Einschätzung nicht zutreffen kann, ist angesichts der rund elf Monate dauernden stationären Entzugs- und Suchtbehandlung des Beschwerdeführers im Spital E.\_\_\_\_ und im F.\_\_\_\_, welche vom psychiatrischen Gutachter als fachgerecht bezeichnet wurde (IV-act. 124-49), evident. Tatsächlich äusserten sich die MEDAS-Gutachter weder in psychiatrischer noch somatischer Hinsicht hinreichend zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Vorakten und den Meinungen der behandelnden Ärzte, insbesondere mit deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, fehlt oder wurde im Gutachten zumindest nicht beschrieben (vgl. beispielhaft IV-act. 124-22, wo in der Konsensbeurteilung unter dem Titel "V. Konsistenz" keine entsprechenden Ausführungen erfolgten, sowie IV-act. 124-23, wo unter dem Titel "VI. Arbeitsfähigkeit" ebenfalls keine hinreichend nachvollziehbaren Angaben gemacht wurden). Insofern ist das MEDAS-Gutachten unvollständig. In den Akten finden sich uneinheitliche Einschätzungen der verschiedenen Behandler. Beispielsweise gingen die D.\_\_\_\_ – allerdings noch vor der stationären Suchttherapie – von einer Arbeitsfähigkeit von 60%, steigerbar auf 80% aus (IV-act. 43). Dr. G.\_\_\_\_ ging hingegen nach erfolgter Suchttherapie von einer Arbeitsfähigkeit adaptiert von lediglich 30% aus (IV-act. 65). Nachdem sie ursprünglich von einer Steigerbarkeit der Arbeitsfähigkeit ausging, vertritt die Rheumatologin Dr. B.\_\_\_\_

nach Durchführung diverser Therapiemassnahmen und Gewinnung von zusätzlichen Erkenntnissen nun nachdrücklich den Standpunkt, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei auf 50% begrenzt. Andere Berichte enthalten keine oder nur ungenaue Angaben zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (siehe etwa IV-act. 83-3 und 51-12 f., Dr. I.\_\_\_\_ und Physiotherapeut K.\_\_\_\_). Im Gegensatz zu den Behandlern schätzte der RAD die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers regelmässig optimistischer ein (vgl. etwa IV-act. 81, Stellungnahme Dr. H.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2016, in welcher sie von einer Arbeitsfähigkeit von 100% seit Austritt aus dem F.\_\_\_\_ ausging, was nun auch von den MEDAS-Gutachtern wiederlegt wurde). Unter beweisrechtlichen Gesichtspunkten kann nicht allein auf die RAD-Einschätzungen abgestellt werden, wie die Beschwerdegegnerin selbst ebenfalls bereits feststellte (IV-act. 94), zumal es sich dabei um eine reine Aktenbeurteilung bei stark abweichenden medizinischen Einschätzungen handelt. Schliesslich fehlt es in den Berichten der behandelnden Ärzte und den RAD-Stellungnahmen naturgemäss an einer ganzheitlichen Betrachtung durch verschiedene Fachdisziplinen, wie sie durch die interdisziplinäre Begutachtung stattfinden soll. Als Zwischenfazit ist deshalb festzuhalten, dass für den Zeitraum vom 30. Oktober 2015 (Austritt aus dem F.\_\_\_\_) bis zum 13. Mai 2017 (MEDAS-Gutachten) für die Arbeitsfähigkeitsschätzung weder auf das Medas-Gutachten noch auf die divergierenden Einschätzungen der Behandler abgestellt werden kann. Auch die Einschätzung des RAD kann nicht übernommen werden. Demnach lässt sich der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit bei der gegebenen Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eruieren. Die Beschwerdegegnerin wird die entsprechenden Abklärungen noch zu tätigen haben. Nicht nur eine retrospektive, sondern auch eine aktuelle abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fehlt im MEDAS-Gutachten. In der Zusammenfassung der Teilgutachten, bei der es sich um die abschliessende Konsensbeurteilung aller Gutachter handelt, hielten diese fest, nach Behandlung der Grundleiden seien dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen zumutbar, welche den Kriterien einer angepassten Tätigkeit entsprechen (IV-act. 124-22). Schon dies deutet darauf hin, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit erst nach einer entsprechenden Behandlung gegeben ist. Weiter gelangten die MEDAS-Gutachter unter dem Titel "VI. Arbeitsfähigkeit", "2. Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit" zum Schluss: "Für eine angepasste Tätigkeit erachten wir den Versicherten im interdisziplinären Konsens zu maximal 80% arbeitsfähig. (...) Diese Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gilt nach erfolgter Abklärung der Hämochromatose und der Osteoporose und nach erfolgreicher Therapie-Implementierung durch die behandelnden Ärzte" (IV-act. 124-23). Demnach handelt es sich bei der attestierten Arbeitsfähigkeit von "maximal 80%" um eine Prognose, welche von mehreren Faktoren abhängig ist. Vor der Abklärung der neu gestellten Diagnosen und entsprechender Therapie-Implementierung muss die Arbeitsfähigkeit somit gemäss dem MEDAS-Gutachten tiefer als 80% liegen. Andernfalls hätte diese differenzierter formuliert werden müssen, dass die Arbeitsfähigkeit derzeit 80% betrage und nach Therapie-Implementierung möglicherweise weiter gesteigert werden könnte. Zwar gab der rheumatologische MEDAS-Gutachter mit Stellungnahme vom 21. März 2018 an, die von Dr. B.\_\_\_\_ festgesetzte Arbeitsfähigkeit von 50% könne weder betreffend Morphologie noch aufgrund einer reinen Spondylose nachvollzogen werden (IV-act. 151). Dabei legte der rheumatologische Gutachter aber weder einen zeitlichen Verlauf der Erkrankung noch eine nachvollziehbar begründete aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit dar. Seine Ansicht, welche sich im Wesentlichen auf eine Negierung der Beurteilung Dr. B.\_\_\_\_s beschränkt,

begründete er trotz entsprechender Aufforderung durch die Beschwerdegegnerin (IV-act. 142) nicht weiter, sodass nicht auf seine Stellungnahme abgestellt werden kann. Auf die Prognose der MEDAS-Gutachter kann für den Zeitraum ab 13. Mai 2017 (Datum MEDAS-Gutachten, IV-act. 124) ebenfalls nicht unbesehen abgestellt werden, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen. Die MEDAS-Gutachter stellen drei neue Diagnosen, mit welchen sie eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% begründen. Einerseits soll beim Beschwerdeführer eine Hämochromatose vorliegen. Andererseits soll er unter Osteopenie/Osteoporose leiden. Schliesslich haben die Gutachter eine beginnende Coxarthrose bds. festgestellt. Die Diagnose einer Hämochromatose erachtet der RAD indes als nicht bestätigt, solange sie nicht durch eine genetische Untersuchung bestätigt worden ist. Das erhöhte Ferritin könne auch durch den Alkoholkonsum bedingt sein (IV-act. 126-2). Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise darauf, dass eine genetische Untersuchung durchgeführt worden wäre. Da die noch unbehandelte Hämochromatose aber gemäss MEDAS-Gutachten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, ist zu ermitteln, ob beim Beschwerdeführer entsprechende Abklärungen inklusive Gentest durchgeführt und inzwischen eine adäquate Behandlung aufgenommen wurde. Angesichts der Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen dem Ferritinwert und dem Alkoholkonsum ist in Erfahrung zu bringen, ob unterdessen beim Beschwerdeführer Erkenntnisse hinsichtlich des Weiterbestehens des Suchtleidens vorliegen (IV-act. 124-54). Der Beschwerdeführer gab gegenüber dem psychiatrischen MEDAS-Gutachter an, "Er trinke Bier, nicht täglich, maximal 4 oder 5 am Tag, gemeint sind Halbliterdosen" (IV-act. 124-41). Dass trotzdem keine Abhängigkeit bestehen soll, nachdem der Beschwerdeführer rund zehn Monate lang im F.\_\_\_\_ in einer Suchttherapie war, wobei er diverse Rückfälle erlebt hat, erscheint wenig überzeugend. Beachtlich ist zudem, dass der Beschwerdeführer unumwunden zugab, gelegentlich Kokain zu konsumieren, "viel ginge ja nicht, da fehle ihm auch das Geld dazu" (IV-act. 124-41). Auch diesbezüglich stellt sich die Frage nach einem allfälligen Suchtverhalten, das die Arbeitsfähigkeit weiterhin massgebend beeinflussen könnte. Betreffend die Diagnose Osteopenie/Osteoporose besteht Uneinigkeit zwischen Dr. B.\_\_\_\_ und dem rheumatologischen MEDAS-Gutachter. Während dieser an seiner Diagnose festhält (IV-act. 151), bezeichnet jene sie nachdrücklich als falsch (IV-act. 157). RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ hat daraufhin eine eigenständige Beurteilung anhand der Röntgen- und MRI-Bildgebung vorgenommen und festgestellt, es seien deutlich Keilwirbelbildungen zu sehen. Diese kämen bei verschiedenen Ursachen vor, z.B. bei der diskutierten Osteoporose als Impressionsfrakturen (IV-act. 164). Demnach ist eine Osteopenie/ Osteoporose nach wie vor weder eindeutig bestätigt noch ausgeschlossen. RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ hält zwar dafür, insgesamt ergebe sich keine Änderung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, unabhängig von der zugrunde liegenden Ursache (IV-act. 164). Dem kann jedoch nicht gefolgt werden, denn gemäss MEDAS-Gutachtern gilt die von ihnen attestierte Arbeitsfähigkeit von "maximal 80%" erst nach erfolgter Abklärung der Hämochromatose und der Osteoporose und nach erfolgreicher Therapie-Implementierung durch die behandelnden Ärzte (IV-act. 124-23). Insbesondere ist davon auszugehen, dass bei einer optimalen Therapie die den Beschwerdeführer limitierenden Schmerzen besser behandelt werden könnten, was sich positiv auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde. Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt auch für den Zeitraum ab 13. Mai 2017 weiter abzuklären. Insbesondere ist zu ermitteln, ob weitere Erkenntnisse hinsichtlich der Diagnosen gewonnen sowie konkrete Behandlungsempfehlungen abgegeben wurden. Anschliessend ist die Arbeitsfähigkeit zu bestimmen und falls diese noch verbessert werden kann zu prüfen, welche Massnahmen

medizinisch indiziert und zumutbar sind und der Beschwerdeführer gegebenenfalls aufzufordern, sich diesen zu unterziehen, soweit das noch nicht geschehen ist. Zusammenfassend steht fest, dass der Beschwerdeführer das Wartejahr im Dezember 2014 erfüllt hat und anschliessend bis zum Austritt aus dem F. \_\_\_ am 29. Oktober 2015 für sämtliche Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig war und damit ein Rentenanspruch entstanden ist. Der gesamte anschliessende Verlauf der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten - auch über den Gutachtenszeitpunkt am 13. Mai 2017 hinaus - ist weiter abklärungsbedürftig. Von ergänzenden Abklärungen können zusätzliche Erkenntnisse erwartet werden. Zusammenfassend ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Verfügung vom 5. Juli 2018 ist aufzuheben. Die Sache ist zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Zusammenhang wird die Beschwerdegegnerin auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach sich sein Gesundheitszustand zwischenzeitlich verschlechtert habe (act. G11) zu prüfen haben. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Beim vorliegenden Verfahrensausgang ist für die Kosten von einem vollen Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen (vgl. BGE 137 V 57). Demnach hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. 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 der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für den Beschwerdeführer vom 4. Dezember 2018 (act. G6) braucht damit nicht in Anspruch genommen zu werden. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 5. Juli 2018 aufgehoben und die Sache wird zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.--. Die Beschwerdegegnerin bezahlt dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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