

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/302 vom 21. Oktober 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-10-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_302

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/302 du 21 octobre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/302 del 21 ottobre 2020

Regeste

Art. 28 Abs. 1 IVG. Würdigung eines MEDAS-Verlaufsgutachtens. Vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten. Kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Oktober 2020, IV 2018/302).

Volltext

Entscheid vom 21. Oktober 2020 Besetzung Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Monika Gehrler und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. IV 2018/302 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) war vom 9. bis 26. Juli 2012 wegen eines seit Dezember 2011 bestehenden chronischen spondylogenen Schmerzsyndroms mit Fehlhaltung der Wirbelsäule, assoziiert mit muskulären Dysbalancen, im Rehabilitationszentrum Valens, Kliniken Valens, zur stationären muskuloskelettalen Therapie (IV-act. 41-10 und 12). Beim Austritt lautete die Diagnose regredientes lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts (IV-act. 41-10) und die Empfehlung Arbeitseinstieg mit 50% bei allmählicher Steigerung im Verlauf eines Monats auf 100% (IV-act. 41-12). Am 15. November 2012 wurde der Versicherte in der interdisziplinären Schmerzprechstunde der Kliniken Valens untersucht (IV-act. 41-18), wobei die im Juli erhobene Diagnose bezüglich des Rückens bestätigt wurde. Unter den im entsprechenden Bericht vom 16. November 2012 angeführten medizinischen und therapeutischen Massnahmen sollte den berichtenden Ärzten zufolge eine Steigerung der Leistungsfähigkeit sukzessive im Verlauf der nächsten vier Monate erfolgen können (IV-act. 41-19). Sie erklärten, der Versicherte habe seine Arbeitsfähigkeit bereits von 30% auf 50-60% steigern können, was aufgrund der aktuellen rheumatologischen Untersuchung als adäquat erscheine (IV-act. 41-17). Eine MRT der BWS und der LWS vom 29. Januar 2013 zeigte gemäss Dr. med. B.____, Radiologie C.____, einen Status nach M. Scheuermann der unteren BWS, eine kleine paramediane Diskushernie BWK7/8 sowie 8/9, eine entsprechende multisegmentäre Chondrose in diesen Abschnitten, multisegmentäre Chondrosen auch zwischen LWK4 und S1 mit geringgradigen dorsal betonten Diskusprotrusionen, möglicherweise beginnenden medianen Diskushernien. Eine Nervenwurzelkompression lag nicht vor. Es zeigten sich mässige degenerative Veränderungen der Intervertebralgelenke zwischen LWK3 und S1 bei aber normaler Weite des Spinalkanals und ein normales Myelon bis zum Conus medullaris. Es lagen keine Hinweise auf eine entzündliche Affektion vor (IV-act. 180-12). Anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 7. Februar 2013 im Rehabilitationszentrum Valens hielt der

zuständige Rheumatologe am 11. Februar 2013 fest, es präsentiere sich ein weitgehend unverändertes Bild mit weiterhin bestehenden muskulären Befunden im Paravertebralbereich sowie auch im Beckenbereich beidseits rechtsbetont. Weder klinisch noch bildgebend fänden sich aktuell Hinweise für eine radikuläre Problematik. Im Bereich der schmerzhaften Region der BWS fänden sich multisegmentäre Chondrosen sowie Diskushernien im Bereich BWK7/8 und 8/9 bei "Scheuermann typischen Veränderungen" mit entsprechender Fehlhaltung/-form (Fremdakten 1-1 f.). Am 11. Februar 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf das seit Dezember 2011 bestehende Rückenleiden zum Leistungsbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 2). Zu diesem Zeitpunkt war er seinen Angaben zufolge als selbständiger Finanz- und Vorsorgeberater mit 30-50%igem Pensum tätig (IV-act. 2-6) Am 11. April 2013 fand ein Assessment zwischen dem Versicherten und einem IV-Eingliederungsberater statt (IV-act. 30). Dabei gab der Versicherte an, zurzeit zu 30% im eigenen Geschäft zu arbeiten (IV-act. 30-2). Seinen Arbeitsplatz habe er adaptiert eingerichtet, er verfüge über drei Schreibtische, davon einen auf Stehhöhe, und über einen ergonomischen Stuhl (IV-act. 30-3). Der Eingliederungsberater hielt in seinem Bericht fest, dass so, wie der Versicherte seinen Arbeitsplatz und seine beruflichen Möglichkeiten beschreibe, keine Frühinterventionsmassnahmen einsetzbar seien. Der Versicherte schein sich aus eigener Kraft eingliedern zu können und benötige momentan keine Unterstützung seinerseits (IV-act. 30-3; vgl. auch Stellungnahme des Versicherten vom 30. Mai 2013 zum Assessmentprotokoll in IV-act. 44-2 ff.). Am 24. Mai 2013 berichtete Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie, damals noch bei den Kliniken Valens, bei Belastungen wie längerem Stehen oder Sitzen komme es beim Versicherten zu einer Schmerzexazerbation im LWS-Bereich, so dass Tätigkeiten immer wieder unterbrochen werden müssten trotz Anpassungen am Arbeitsplatz (IV-act. 41-3). Bei der bisherigen Tätigkeit als Finanzberater handle es sich um eine angepasste Tätigkeit. In einer Halbtags­tätigkeit seien Zusatzpausen von einer Stunde notwendig, was eine Arbeitsfähigkeit von 40% ergebe (IV-act. 41-4). Am 11. Juni 2013 konsultierte der Versicherte die Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates im Spital E.____, Kantonsspital F.____. Dabei stellte u.a. Dr. med. G.____ die Diagnosen chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1 betont bei Black disc sign sowie hypertropher Spondylarthrose und Ligamenta flava Hypertrophie und erklärte, anhand der vorliegenden bildmorphologischen und klinischen Untersuchungen könne die Beschwerdesymptomatik des Versicherten keiner konkreten Struktur zugeordnet werden. Für einen Teil der beschriebenen Beschwerdesymptomatik könnte eine Segmentdegeneration akzentuiert im Bereich der unteren LWS verantwortlich sein, weshalb eine diagnostisch/therapeutische Facettengelenksinfiltration der Höhen L4/5 und L5/S1 und das Führen eines Schmerzprotokolls vereinbart worden sei. Der Versicherte sei jedoch darauf hingewiesen worden, dass aufgrund der bestehenden chronifizierten Schmerzsymptomatik bei den nachgewiesenen moderaten Veränderungen eine Schmerzf­reiheit nicht erwartet werden könne (IV-act. 49). Die Facettengelenksinfiltration wurde im Juli 2013 durchgeführt und brachte den Angaben des Versicherten zufolge keine wesentliche Änderung der Symptomatik (IV-act. 64-1). Am 15. Juli 2013 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, offiziell sei er zu 30% arbeitsfähig. Es gebe aber pro Woche im Schnitt drei Tage, an denen er gerade mal zwischen 0 und 25% aktiv sein könne (IV-act. 50). Am 6. August 2013 ergänzte er, wegen der allgemeinen Zunahme der Schmerzen in Häufigkeit und Dauer habe er ab diesem Tag nach Rücksprache mit dem Hausarzt - Dr. med. H.____, welcher den

Versicherten seit Februar 2012 als Hausarzt begleitete (IV-act. 61-1) - das Arbeitspensum auf 20% reduziert (IV-act. 51-1). Diesem Schreiben waren vom Versicherten geführte "Protokolle Schmerzverlauf" für die Zeit vom 10. Juli bis 5. August 2013 beigelegt (IV-act. 51-4 bis 12). Am 9. September 2013 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass er am 27. August 2013 die Protokolle zum Schmerzverlauf mit Dr. G.____ besprochen habe. Vorerst seien weder weitere Infiltrationen noch eine Operation vorgesehen (IV-act. 52). Am 30. Oktober 2013 erläuterte Dr. G.____, beim Versicherten seien bereits Spondylarthrosen vorhanden, welche gut auf die Facettengelenksinfiltrationen angesprochen hätten. Eine Bandscheibenprothese sei deshalb hinfällig, da die Beschwerden auch mit einer Bandscheibenprothese bestehen bleiben würden (IV-act. 79-12). Am 21. Januar 2014 besuchte der Versicherte das Schmerzzentrum I.____, woraufhin Dr. med. J.____, Fachärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin, am 31. Januar 2014 berichtete, es bestehe eine chronifizierte Lumbalgie bei lumbaler Facettensymptomatik sowie L5/S1 Radikulopathie mit eventuell aktuell chronifiziertem L5/S1 Nervenschmerz. Es zeige sich eine depressive, leicht aggressive Grundstimmung mit recht auffälliger Persönlichkeitsstruktur. Sie erwähnte eine massive Somatisierungstendenz und erachtete eine psychologische Betreuung des Versicherten als notwendig (IV-act. 79-15). Am 4. Februar 2014 nahm Dr. J.____ eine Facettengelenksinfiltration L3-5 beidseits vor, welche eine deutliche Besserung der Lumbalgien bewirkt habe. Der Patient habe jedoch die Schmerzen im zervikothorakalen Bereich als besonders störend angegeben und erst auf Nachfrage die Schmerzerleichterung im LWS-Bereich wahrgenommen (IV-act. 79-15). Am 10. Februar 2014 konsultierte der Versicherte Dr. D.____, inzwischen beim Departement für Innere Medizin, Rheumatologie, am Kantonsspital F.____, welcher die Diagnose chronisches thorakospondylogenes und lumbospondylogenes Syndrom beidseits erhob (zur detaillierten Diagnose vgl. IV-act. 64-1) und ausführte, in den letzten Monaten habe sich ein stabiler Verlauf gezeigt, mit insgesamt wechselnden Schmerzintensitäten und erhaltener, wenn auch deutlich eingeschränkter Arbeitsfähigkeit. Die durchgeführten Infiltrationsbehandlungen hätten keine wesentliche Besserung der Symptomatik gebracht (IV-act. 64-2). Am 18. Februar 2014 erklärte Dr. J.____ nach einem Sprechstundenbesuch des Versicherten vom gleichen Tag, nach den Infiltrationen hätten sich die Lumbalgien gebessert, trotzdem erscheine der Versicherte sehr unzufrieden. Die von ihr vorgeschlagene psychologische Betreuung sei vom Versicherten nach zwei Sitzungen gestoppt worden (IV-act. 79-16). Am 30. Juli 2014 erklärte Dr. H.____, dem Versicherten gelinge es kaum, eine unveränderte Position (Stehen, auf den Knien, in der Hocke) länger als drei bis vier Minuten einzunehmen, aufgrund Schmerzzunahme in der jeweiligen Position (IV-act. 61-2). Infolge permanenter Schmerzen resultiere eine motorische Unruhe und schliesslich ein Unvermögen, sich auf die Arbeit zu konzentrieren. Dem Versicherten sei seine Tätigkeit als Versicherungsberater maximal zu 20-30% zumutbar (IV-act. 61-3). Wieso im vorliegenden Fall ein derart langer Verlauf eingetreten sei, sei unklar. Seines Erachtens liege es an der Kombination aller Befunde (Residuen M. Scheuermann, degenerative Veränderungen, konsekutive Fehlhaltung/-form; IV-act. 61-4). Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie und Praktischer Arzt, hielt in der Fallübersicht Eingliederung des Regionalen Ärztlichen Dienstes, RAD, vom 23. Oktober 2014 fest, die neu eingegangenen Berichte könnten weiterhin nicht hinreichend plausibel erklärbar machen, dass beim Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von nur 20-30% bestehe. Versicherungsmedizinisch könne dies nur damit erklärt werden, dass der Hausarzt zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit das bio-psycho-soziale Modell hinzuziehe unter gleichzeitiger Bewertung IV-fremder Faktoren. Medizinisch-theoretisch werde davon

ausgegangen, dass der Versicherte in einer optimal rückenadaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei (IV-act. 66-3). In einem Eintrag im Strategie-Protokoll vom 11. November 2014 wurde von der IV-Stelle festgehalten, die beruflichen Massnahmen würden abgeschlossen, da der Versicherte sich subjektiv nicht in der Lage sehe, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (IV-act. 65). Nachdem der Versicherte von diesem Eintrag Kenntnis erhalten hatte, wandte er sich am 29. Dezember 2014 an die IV-Stelle und ersuchte unter anderem um Wiederaufnahme der beruflichen Massnahmen (IV-act. 79-1 ff.). Am 14. Januar 2015 teilte die IV-Stelle ihm mit, vor dem Hintergrund der vom RAD bestätigten 100%igen Arbeitsfähigkeit und seiner Bekräftigung einer maximal 30-40%igen Arbeitsfähigkeit seien Eingliederungsbemühungen nicht erfolgversprechend. Zum beantragten erneuten Gespräch mit dem Eingliederungsberater werde er eingeladen werden (IV-act. 81). Vom 3. Februar bis 4. März 2015 stand der Versicherte bei Dr. med. L.____, Facharzt für Rheumatologie, in Behandlung. Dieser nannte mit Bericht vom 4. März 2015 die Diagnosen chronisches panspondylogenes Syndrom, Polyarthralgien grosse und kleine Gelenke seit Dezember 2014 sowie ausgedehnte muskuloskelettale Schmerzen und Fibromyalgie (IV-act. 83-8) und führte aus, trotz positivem HLA B27 Antigen hätten sich im Skelettszintigramm vom 11. Februar 2015, im MRI des ISG vom 27. Februar 2015 sowie auch im übrigen Labor keine Hinweise für eine entzündliche muskuloskelettale Störung ergeben. Hingegen hätten sich Zeichen für eine ausgedehnte Schmerzstörung im Sinne einer Fibromyalgie gefunden (12 von 18 Tender Points positiv; IV-act. 83-10 und 83-9). Es bestehe weiterhin eine 30%ige Arbeitsfähigkeit. Dr. L.____ befürwortete einen Versuch, diese möglichst zu steigern mit dem Ziel von mindestens 50%. Über die IV empfehle sich eventuell eine ergonomische Optimierung des Arbeitsplatzes sowie eine berufliche Weiterbildung zur Eingliederung in ein Anstellungsverhältnis mit höherer Arbeitsfähigkeit (IV-act. 83-10). Am 12. März 2015 beurteilte RAD-Arzt Dr. K.____ die medizinische Aktenlage dahingehend, dass die vom Versicherten vorgetragene Beschwerdesymptomatik sich rein strukturell und mit dem klinischen Befund nicht hinreichend plausibel erklären lasse. Es spreche einiges dafür, dass hier eine Schmerzverarbeitungsproblematik vorliege (IV-act. 85-3). Am 28. Mai 2015 fand ein weiteres Gespräch zwischen dem zuständigen IV-Eingliederungsberater und dem Versicherten statt (IV-act. 102). Dabei informierte der Eingliederungsberater den Versicherten darüber, dass in seinem Fall folgende Eingliederungsmassnahmen möglich seien: Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit oder Suche eines zusätzlichen Einsatzgebietes, Abklärung der Leistungsfähigkeit in einer Übungsfirma oder einem Einsatzprogramm sowie aktive Stellensuche mit dem Ziel eines Arbeitsverhältnisses (IV-act. 102-3). Am 26. Juni 2015 teilte der Versicherte dem Eingliederungsberater mit, er habe keinen Arbeitgeber finden können, der bereit wäre, ihm eine Teilzeitarbeit von 30-40% mit angepasstem Arbeitsplatz zu bieten. Seine Arbeitsfähigkeit zu steigern gelinge nicht, wodurch die Chancen, einen Arbeitgeber zu finden, eher schlecht seien. Deswegen bleibe ihm als einzig vernünftige Option das Beibehalten seiner selbständigen Erwerbstätigkeit (IV-act. 100). Mit Mitteilung vom 20. Juli 2015 informierte die IV-Stelle den Versicherten darüber, dass er keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen habe (IV-act. 104). Mit Bericht vom 25. August 2015 erklärte Dr. med. M.____, Facharzt für Innere Medizin, Psychosoziale und Psychosomatische Medizin SAPP, der Versicherte habe eine Paartherapie wegen erheblicher psychosozialer Probleme gewünscht. Nach je drei Sitzungen habe eine einmalige Paarsitzung stattgefunden. Die Ehefrau habe keine Fortsetzung der Paartherapie gewünscht. Er habe den Versicherten dann noch zweimal

gesehen, zuletzt am 10. März 2015. Er vermute eine somatoforme Störung bei akzentuierter Persönlichkeit und empfehle eine psychiatrische Begutachtung (IV-act. 110-1). Am 27. September 2015 berichtete Dr. H.____, der Versicherte könne maximal zwei bis zweieinhalb Stunden pro Tag arbeiten (IV-act. 130-4). Er habe schon die idealen Arbeitsbedingungen in einer rein administrativen Tätigkeit. Es sei nicht gelungen, die Arbeitsfähigkeit auf 50% zu steigern (IV-act. 130-5). Am 8. Oktober 2015 empfahl Dr. K.____ vom RAD die Vornahme einer Abklärung an Ort und die anschliessende Vorlage an den RAD zur medizinischen Plausibilisierung (IV-act. 133-2). Die Abklärung fand am 5. Januar 2016 statt (vgl. Abklärungsbericht Selbständigerwerbende vom 28. Januar 2016 in IV-act. 141-1 ff.). In einem MRI der BWS und der LWS vom 9. Februar 2016 des Kantonsspitals F.____ stellten sich im Vergleich zu den Voraufnahmen aus dem Jahr 2013 gemäss Bericht von unter anderem Dr. G.____ vom 16. Februar 2016 die bekannten Diskusdegenerationen L4/5 und L5/S1 dar, ohne relevante Progredienz. Es zeigten sich keine relevanten spinalen, foraminale oder recessalen Engen, aber eine Osteochondrose Th8/9 sowie minim L2/3 (IV-act. 148). Im Auftrag der IV wurde der Versicherte im April 2016 in der MEDAS Zentralschweiz (nachfolgend: MEDAS) in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie/Psychotherapie sowie Rheumatologie abgeklärt (IV-act. 155). Im Gutachten vom 8. Juli 2016 wird folgenden Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugebilligt: Chronifiziertes, therapierefraktäres thorakolumbovertebragenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, rechtsbetont (IV-act. 162-22; für die Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowie die Nebenbefunde vgl. dasselbe Actorum). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als selbständiger Finanz- und Vorsorgeberater schätzten die Gutachter auf 100%. Sie erklärten, diese Einschätzung gelte ebenso für sämtliche Verweistätigkeiten mit Ausnahme von körperlicher Schwerarbeit, Tätigkeiten in rückenbelastenden Positionen, sowie solche in stundenlangen Zwangshaltungen im Sitzen oder Stehen (IV-act. 162-23). Dr. K.____ vom RAD nahm am 2. August 2016 zu diesem Gutachten Stellung und erklärte, es erfülle die versicherungsmedizinischen Anforderungen (IV-act. 163). Gestützt darauf teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 23. August 2016 mit, dass er keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe (IV-act. 166). Der Versicherte erklärte sich damit am 26. September 2016 in einer ausführlichen Stellungnahme als nicht einverstanden (IV-act. 169). Dieses Schreiben wurde auf Empfehlung von RAD-Arzt Dr. K.____ an die MEDAS zur Stellungnahme weitergeleitet (IV-act. 172 und 173). Die Rückmeldung darauf wurde am 16. November 2016 abgefasst und darauf hingewiesen, dass im Gutachten ausführlich dargelegt worden sei, dass sich aufgrund der objektivierbaren Befunde eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit als Aussendienstmitarbeiter/Finanzberater nicht begründen lasse (IV-act. 175). Dr. K.____ hielt am 21. November 2016 fest, es ergebe sich keine Notwendigkeit, die Einschätzungen des Gutachtens in irgendeiner Art und Weise abzuändern (IV-act. 176). Am 13. Januar 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten eine zweite schriftliche Anhörung zum Vorbescheid vom 23. August 2016 (IV-act. 178). Am 19. Januar 2017 konsultierte der Versicherte Dr. med. N.____, Facharzt für Rheumatologie und Nachfolger von Dr. L.____. Diesem präsentierte sich gemäss Bericht vom 20. Januar 2017 ein chronisches lumbovertebrales bis spondylogenes Syndrom ohne jegliche Hinweise auf eine allfällige sensomotorische Ausfallsymptomatik oder Radikulopathie. Klinisch-manualdiagnostisch fanden sich mehrere Hinweise auf segmentale Dysfunktionen im Bereich der mittleren und unteren LWS, durchaus korrespondierend zu den bildgebend dargestellten Veränderungen (insbesondere

Spondylarthrosen L4-S1 beidseits). Daneben fand er Hinweise auf eine ungenügende muskuläre Rumpf- und Beckenstabilisation und somit eine Haltungsinsuffizienz. Das Problem seien nicht die bildgebenden bzw. klinisch erhobenen Befunde, sondern die Frage, wie es gelinge, den Versicherten möglichst beschwerdearm bzw. mit ausreichender Schmerztoleranz zur Rekonditionierung der rumpf- und beckenstabilisierenden Muskulatur zu bringen bzw. ihm einen Umgang mit der chronischen Schmerzsymptomatik zu vermitteln (IV-act. 191-2 f.). Am 25. Januar 2017 nahm der Versicherte im Rahmen der zweiten Anhörung Stellung gegenüber der IV-Stelle (IV-act. 179; Beilagen in IV-act. 180-1 bis 21). Am 20. Februar 2017 berichtete der Chefarzt Neurologie der Kliniken Valens, nachdem er den Versicherten am 16. Februar 2017 untersucht hatte, er habe dem Patienten empfohlen, zunächst einmal symptomatisch medikamentös zu behandeln. Falls dies nicht genügend Wirkung zeige, empfehle er ein MRI der gesamten Wirbelsäule und ein rheumatologisches Konsilium (IV-act. 191-5). Am 11. April 2017 wurde der Versicherte in der angiologischen Sprechstunde im Spital O.____ untersucht, wo die Diagnosen eines chronifizierten rezidivierenden panspondylogenen Syndroms, einer Hyperlipidämie und von Nikotinabusus erhoben wurden. Eine relevante periphere arterielle Verschlusskrankung konnte dabei ausgeschlossen werden (IV-act. 186). Am 25. April 2017 wurde in der Radiologie C.____ ein MRI der ganzen Wirbelsäule erstellt und von Dr. med. P.____ beurteilt (IV-act. 187). Am 1. Mai 2017 reichte der Versicherte der IV-Stelle eine weitere Stellungnahme ein (IV-act. 189). Am 9. August 2017 wurde der Versicherte im Muskelzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) neurologisch untersucht. Dabei wurden gemäss Bericht vom 16. August 2017 allenfalls mögliche Hinweise für eine distale leichtgradige sensible axonale Polyneuropathie bei unauffälligen motorischen Neurographien und auch nademyographisch im M. tibialis anterior rechts ohne pathologische Spontanaktivität, allenfalls leichtgradig unspezifische Veränderungen, gefunden. Diese Veränderungen könnten aber auch im langjährigen Trainings-Defizit begründet sein (IV-act. 200-6). Die mögliche Neuropathie sei jedenfalls klinisch aktuell nicht führend und ohne Zusammenhang zum Schmerzsyndrom (IV-act. 200-1). Am 13. Oktober 2017 informierte die IV-Stelle den Versicherten nach Rücksprache mit dem RAD über ihre Absicht, bei der MEDAS ein Verlaufsgutachten in Auftrag zu geben (IV-act. 204; vgl. auch Stellungnahme des RAD vom 14. September 2017 in IV-act. 213). Am 27. Oktober 2017 berichtete Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie, über eine gleichentags erfolgte Konsultation durch den Versicherten, anlässlich welcher die Untersuchungsergebnisse aus dem Muskelzentrum des KSSG besprochen worden seien. Es sei festgestellt worden, dass die lumbospondylogenen Schmerzen im Rahmen der multiplen degenerativen Achsenskelettveränderungen die dominante Erkrankung des Patienten sei. Zusätzlich möge eine leichtgradige sensible axonale Polyneuropathie bestehen, welche jedoch kaum zur Schmerzentwicklung beitrage (IV-act. 212). Da innert der bis zum 23. Oktober 2017 angesetzten Frist zur Stellungnahme zur beabsichtigten Verlaufsbeurteilung durch die MEDAS keine Erklärung des Versicherten eingegangen war, erliess die IV-Stelle am 7. November 2017 die Mitteilung betreffend erneute Beurteilung durch diese Beurteilungsstelle (IV-act. 216). Am 16. November 2017 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass er mit der Beurteilung durch die MEDAS nicht einverstanden sei (IV-act. 218). Hierzu nahm die IV-Stelle am 4. Dezember 2017 Stellung, indem sie an ihrer Absicht festhielt. Sie räumte dem Versicherten Frist bis 18. Dezember 2017 ein für eine neuerliche Stellungnahme (IV-act. 220). Am 8. Dezember 2017 bekräftigte der Versicherte seine Ablehnung der Gutachterstelle (IV-act. 222-2). Daraufhin

erliess die IV-Stelle am 11. Dezember 2017 eine Zwischenverfügung, mit welcher sie an der Abklärung durch die MEDAS festhielt (IV-act. 224). Gegen diese Verfügung hat der Versicherte keine Beschwerde beim hiesigen Gericht eingereicht. Im März 2018 wurde der Versicherte erneut in der MEDAS in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie/Psychotherapie sowie Rheumatologie abgeklärt (IV-act. 226). Dem Verlaufsgutachten vom 24. Mai 2018 sind keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (IV-act. 237-22). Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert seien ein chronifiziertes, therapierefraktäres thorakolumbovertebragenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, rechtsbetont, psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, eine leichte Impingementsymptomatik und Periarthropathie der linken Schulter, eine Epicondylopathia humeri radialis dextra sowie ein leichtes unspezifisches zervikales Schmerzsyndrom (IV-act. 237-22 und 237-65; für die Detaildiagnosen vgl. dieselben Actoren und für die Nebenbefunde IV-act. 237-23). Für die angestammte Tätigkeit als selbständiger Steuer-, Finanz- und Vorsorgeberater schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit auf 100% (IV-act. 237-23). Der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung im April 2016 subjektiv verändert, nicht jedoch objektiv. Sowohl von rheumatologischer wie auch von psychiatrischer Seite sei auf der Befundebene keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festzustellen (IV-act. 237-24). Der psychiatrische Facharzt wies darauf hin, dass aus psychiatrischer Sicht bei chronischen Schmerzen die Gabe von Opioiden kontraindiziert sei. Die medikamentös induzierte kinästhetische Dissoziation begünstige beim Versicherten psychosomatische Aufschaukelungsprozesse. Die Opioid Medikation habe auch eine depressiogene Wirkung mit u.a. Beeinträchtigung des Motivationssystems (IV-act. 237-43 f.). Der zuständige RAD-Arzt Dr. K. ___ erklärte am 30. Mai 2018, dieses Gutachten erfülle die versicherungsmedizinischen Anforderungen (IV-act. 238). Mit Vorbescheid vom 31. Mai 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass er keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe (IV-act. 239). Hiergegen wandte der Versicherte sich am 5. Juli 2018 (IV-act. 240). Am 2. August 2018 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid die Ablehnung des Rentengesuchs (IV-act. 242). Gegen diese Verfügung wandte sich der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit der vorliegend zu beurteilenden Beschwerde vom 13. September 2018 mit den Anträgen, die Verfügung aufzuheben, die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, eine EFL zu veranlassen, die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ein Zweitgutachten zu veranlassen mit Einbezug von Spezialisten für die Fachbereiche Neurologie und Orthopädie und für die Zeit vom 30. Mai 2014 bis zum Erlass einer neuen Verfügung eine 50%ige Rente zuzusprechen. Zur Begründung machte er insbesondere geltend, aufgrund widersprüchlicher Einschätzungen mache eine objektive Abklärung mittels EFL, mit Rücksicht auf seine beruflichen Anforderungen als Selbständigerwerbender, Sinn. Er berufe sich dabei auf die typischen Indikatoren wie komplexe Funktionsstörung und Beurteilung von Verhaltensaspekten. Trotz aller Bemühungen in Sachen berufliche Arbeiten, Therapien, Behandlungen und Medikamenteneinnahmen komme er an gesundheitlich bedingt besseren Tagen nicht auf mehr als 50% Arbeitseinsatz (act. G 1). Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer diverse Unterlagen ein, wobei ein Bericht des KSSG, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 30. April 2018 erstmals aktenkundig wurde. Darin war festgehalten worden, eine konklusive Ursache für die Rückenschmerzen des Beschwerdeführers habe bis anhin nicht gefunden werden können. In der Bildgebung

zeige sich als mögliches strukturelles Korrelat eine Diskopathie L4/5 und L5/S1. Es werde eine epidurale Infiltration mittels Sacralblocks durchgeführt, je nach Ansprechen werde das weitere Procedere festgelegt (act. G 1.1 C.9.). Mit Beschwerdeantwort vom 12. November 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zusammenfassend führte sie zur Begründung an, dass auf das Verlaufsgutachten der MEDAS vom 24. Mai 2018, insbesondere auf die eingeschätzte Arbeitsfähigkeit von 100%, abgestellt werden könne (act. G 4). Am 9. Januar 2019 erstattete der Beschwerdeführer die Replik und hielt fest, die Beschwerdegegnerin habe sich mit der Zwischenverfügung vom 11. Dezember 2017 über seine Beschwerde gegen die Gutachter hinweggesetzt und damit sein Recht auf rechtliches Gehör verletzt. Auch sei sie Gesuchen um Auskunft nicht nachgekommen und habe damit sein Recht auf Auskunft mehrfach und wiederholt verletzt. Sodann würden die Gutachten vom 8. Juli 2016 und vom 24. Mai 2018 nicht die Anforderungen der Rechtsprechung erfüllen (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 7 und 8). Erwägungen Der Beschwerdeführer macht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, weil die Beschwerdegegnerin sich mit der Zwischenverfügung vom 11. Dezember 2017 über seine Beschwerde gegen die Gutachterstelle hinweggesetzt habe. Sodann habe sie sein Auskunftsrecht wiederholt verletzt (act. G 6). Diese beiden formell- resp. aufsichtsrechtlichen Vorbringen sind vorweg zu prüfen. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die IV-Stelle habe mit der Zwischenverfügung vom 11. Dezember 2017 sein rechtliches Gehör verletzt, kann ihm nicht gefolgt werden. Denn es hätte ihm freigestanden, gegen diese Verfügung Beschwerde beim hiesigen Gericht einzureichen (vgl. entsprechenden Hinweis in der Verfügung in IV-act. 224-2 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 39 ff. zu Art. 44 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung), was er nicht getan hat. Vielmehr ist die Verfügung in Rechtskraft erwachsen und hat damit die von ihr geprüften Rechtsfragen (Notwendigkeit einer Verlaufsbeurteilung, Festlegung der Gutachterstelle etc.) abschliessend und verbindlich beantwortet. Sie entzieht sich damit im vorliegenden Verfahren einer Überprüfbarkeit durch das Gericht. Hinsichtlich des Vorbringens, dass die Beschwerdegegnerin mehrfach ihre Auskunftspflicht gegenüber dem Beschwerdeführer verletzt habe, ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin gesetzlich verpflichtet ist, über Leistungen, Forderungen oder Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, schriftlich Verfügungen zu erlassen. Diese Verfügungen wiederum sind zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen (vgl. Art. 49 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Damit wird gewährleistet, dass den versicherten Personen die Entscheide der Beschwerdegegnerin mitgeteilt und diese wiederum begründet werden. Darüber hinaus haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör, wobei sie nicht angehört werden müssen vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind (Art. 42 ATSG). Der Versicherungsträger muss die Begehren prüfen, die notwendigen Abklärungen vornehmen und die erforderlichen Auskünfte einholen (Art. 43 ATSG). Dass die Beschwerdegegnerin gegen eine dieser Verpflichtungen verstossen hätte, macht der Beschwerdeführer nicht geltend und ist auch nicht ersichtlich. Darüber hinaus steht dem hiesigen Gericht keine Überprüfungsbefugnis hinsichtlich des Verwaltungsverfahrens zu. In materieller Hinsicht ist zwischen den Parteien der Rentenanspruch des Beschwerdeführers umstritten und nachfolgend zu prüfen. Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit

dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierte 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.). 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 352 E. 3a mit Hinweisen). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens formgerecht eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; vgl. ferner Thomas Flückiger, Medizinische, insbesondere hausärztliche Berichte und ihre Beweiskraft – mit einem Seitenblick auf die medizinischen Gutachten, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2013, St. Gallen 2014, S. 138 ff.). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb und cc). Dies gilt auch für Stellungnahmen behandelnder Spezialärzte (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 6. April 2006, I 803/05, E. 5.5). Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte dem von der Verwaltung bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu beachten (Urteil des EVG vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2). Es ist deshalb nicht zulässig, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2). Der im Sozialversicherungsprozess herrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 264 E. 3b; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 4 f. und 55). Die Beschwerdegegnerin stützte die angefochtene Verfügung in medizinischer Hinsicht insbesondere auf das MEDAS-Gutachten vom 24. Mai 2018 ab. Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, seine Beschwerden, die er vor allem auf orthopädischem, rheumatologischem und neurologischem Gebiet sieht, seien darin nicht genügend berücksichtigt worden; dieses Gutachten sei deshalb nicht beweiskräftig. Es sei vorübergehend auf die von seinem Hausarzt attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70% abzustellen und parallel dazu seien eine EFL und eine erneute Begutachtung zu veranlassen. Zunächst ist folglich über die Beweistauglichkeit des Verlaufsgutachtens der MEDAS vom 24. Mai 2018 und die Frage, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht hinreichend abgeklärt wurde, zu befinden. Das rheumatologische Teilgutachten wurde von Dr. med. R. ___ erstellt, nachdem er den Beschwerdeführer während 75 Minuten untersucht (IV-act. 237-48), die vorhandenen Akten studiert und die zitierten bildgebenden Untersuchungen (MRI BWS und LWS 29. Januar 2013, Skelettszintigraphie 11. Februar 2015, MRI ISG 27. Februar 2015, Röntgen

Schulter beidseits 20. November 2015, Röntgen LWS 2. Februar 2016, MRI BWS und LWS 9. Februar 2016, MR ganze Wirbelsäule 25. April 2017, Röntgen BWS und LWS 28. März 2018) selber "befundet" hat (vgl. IV-act. 237-60 f.). In der Untersuchungssituation beobachtete der Rheumatologe eine generell erheblich herabgesetzte Schmerzschwelle am zerviko-thorakalen Übergang, im Bereich der Brustwirbelsäule und ausgeprägt im gesamten Bereich der Lendenwirbelsäulen-/Becken-/Hüftregion rechts, ohne hinreichende Erklärung durch die klinischen und insbesondere bildgebenden Befunde (IV-act. 237-57 und 71). Es bestünden weitgehend identische Verhältnisse wie zum Zeitpunkt des Gutachtens vom 8. Juli 2016 (IV-act. 237-70). Anlässlich des ersten Gutachtens hatte er die folgenden Diagnosen gestellt: chronifiziertes, therapiefraktäres thorakolumbovertebragenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, rechtsbetont, bei diskreter Skoliose, Haltungsinsuffizienz und Dekonditionierung, geringen Segmentdegenerationen zwischen dem 5. und 11. Brustwirbel mit Osteochondrose und diskretem Diskusbulging, geringen Osteochondrosen lumbal, aktiviert zwischen dem 2. und 3. Lendenwirbel, mit medianer Diskusprotrusion zwischen dem 4. und 5. und Diskushernie zwischen dem 5. Lenden- und 1. Sakralwirbel mit Kontakt zur Nervenwurzel S1, unspezifischen, generalisierten muskuloskelettalen Schmerzen sowie Status nach thorakal betontem Morbus Scheuermann (IV-act. 162-22; für die Details der damaligen Untersuchung vgl. IV-act. 162-59 ff.). Neu festzustellen seien anlässlich der Untersuchung vom 28. März 2018 eine Impingementsymptomatik der linken Schulter mit Periarthropathie und leichter Funktionseinschränkung, welche sich ebenso wenig arbeitsrelevant auswirke wie die zusätzlich gefundene Epicondylopathia humero radialis rechts und die leichtgradigen, unspezifischen Nackenschmerzen (IV-act. 237-70). Die Detaildiagnosen lauteten chronifiziertes, therapiefraktäres thorakolumbovertebragenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, rechtsbetont, bei Fehlstatik (leichter Skoliose und thorakaler Hyperkyphose), Haltungsinsuffizienz und schonungsbedingter Dekonditionierung, geringen Segmentdegenerationen zwischen dem 5. und 8. Brustwirbel mit Chondrose und diskreten Diskusprotrusionen zwischen dem 7. und 8. und dem 8. und 9. Brustwirbelkörper, geringen Segmentdegenerationen vom 2. Lumbal- bis zum 1. Sakralwirbel mit Chondrosen, Osteochondrosen und fortgeschrittenen Spondylarthrosen, besonders zwischen dem 4. und 5. und dem 5. Lenden- und 1. Sakralwirbel, geringen Diskusprotrusionen zwischen dem 3. und 4. und 4. und 5. Lendenwirbelkörper, minim progredienter, gering subligamentär nach kranial subluzierter Diskushernie mit Anulus fibrosus-Einriss zwischen dem 5. Lenden- und 1. Sakralwirbel sowie leichtes unspezifisches zervikales Schmerzsyndrom bei konventionell-radiologisch leichten degenerativen Veränderungen vom 2. bis 7. Halswirbel mit inzipienter dorsaler Spondylose zwischen dem 6. und 7. Halswirbel, diskreter Diskusprotrusion zwischen dem 3. und 4. Zervikalwirbel mit osteodiskärer bilateraler Neuroforaminaleinengung, angedeuteter posteromedialer Diskusprotrusion zwischen dem 5. und 6. Halswirbel und geringer posteromedialer Diskusprotrusion zwischen dem 6. und 7. Halswirbel mit leichtgradiger osteodiskärer Neuroforaminaleinengung links (IV-act. 237-22). Er zog den Schluss, dass die mittlerweile längst chronifizierten, auf sämtliche Therapiemassnahmen refraktären Beschwerden sich auf der Befundebene seitens des Bewegungsapparates nicht hinreichend erklären liessen. Von rheumatologischer Seite her ergebe sich weiterhin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (IV-act. 237-70). Aufgrund der Diskrepanz zwischen angegebenen Beschwerden und insgesamt leichten Veränderungen von Wirbelsäulenform und Segmentdegenerationen auf der Befundebene sei nicht davon auszugehen, dass weitere körperzentrierte

Behandlungen dem Beschwerdeführer Linderung bringen würden (IV-act. 237-71). Das Gutachten wurde – wie bereits das erste Gutachten – durch einen weiteren rheumatologischen Facharzt, Dr. med. S.____, Chefarzt der Medas, unterzeichnet (IV-act. 237-24). Das MEDAS-Gutachten enthält eine ausführliche Darstellung der medizinischen Vorakten, deren wesentliche Inhalte wiedergegeben werden (IV-act. 237-2 ff. i.V.m. IV-act. 162-2 ff. sowie IV-act. 237-50 ff.). Dr. R.____ gab im rheumatologischen Teilgutachten die bildgebenden Befunde zusammengefasst und inhaltlich korrekt wieder (IV-act. 237-60 ff.) und berücksichtigte die bisherigen Ergebnisse der bildgebenden und klinischen Abklärungen (IV-act. 237-65 ff.). Zudem nahm er im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine schlüssige Würdigung der Akten vor (IV-act. 237-70). In mit den Vorakten zu vereinbarender Weise zog er den Schluss, dass das Ausmass der Fehlstatik/-form der Wirbelsäule und der degenerativen Veränderungen an typischer Lokalisation der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule das Ausmass der angegebenen Beschwerden bei weitem nicht erkläre. Es bestünden weder Hinweise für eine radikuläre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik noch für eine Segmentinstabilität noch für eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis (IV-act. 237-70 unten). Zu Recht weist Dr. R.____ darauf hin, dass auch die zuständigen Ärzte der Klinik Valens gemäss Bericht vom 26. Juli 2012 auf Befundebene keine Arbeitsunfähigkeit erkannt hatten, zumal sie dem Beschwerdeführer eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100% innert einem Monat empfohlen hatten (IV-act. 162-62). Dass Dr. R.____ sich nicht ausführlich mit den abweichenden Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandersetzte, dürfte daran liegen, dass diesen keine - zumindest keine erkennbare - von der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers unabhängige Konsistenz- und Ressourcenprüfung zugrunde liegt und sie eine arbeitsfähigkeitsbezogene Auseinandersetzung mit den Befunden vermissen lassen (vgl. IV-act. 61-3 sowie 130-4). Die Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer zudem jeweils nicht von den Fachärzten attestiert, sondern von seinem Hausarzt (vgl. entsprechenden Hinweis des Rheumatologen Dr. L.____ in IV-act. 83-3). Die Vorakten ergaben keine nachvollziehbar auf ein objektivierbares Leiden zurückzuführende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, die nicht in Einklang mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. R.____ stünde. Die von Dr. L.____ im Bericht vom 4. März 2015 erwähnte Diagnose der Fibromyalgie (IV-act. 83-8) wurde von keinem anderen der untersuchenden rheumatologischen, orthopädischen oder auf Schmerztherapie spezialisierten Fachärzte bestätigt (vgl. IV-act. 41-3 ff., 10 ff. sowie 19, Fremdakten 1-1 f., IV-act. 49, 64 1 f., 79-12 und 15, 191-2 f., act. G 1.1 C.9.). Folglich kann auch kein Mangel im MEDAS-Gutachten darin gesehen werden, dass Dr. R.____ diese Diagnose ebenfalls nicht bestätigen konnte. Darüber hinaus empfahl Dr. L.____ trotz dieser Diagnosestellung eine Eingliederung in ein Anstellungsverhältnis mit höherer Arbeitsfähigkeit als 50% (IV-act. 83-10). Dr. R.____ legte schlüssig u.a. gestützt auf eine Konsistenzprüfung dar, dass zwar somatische Gesundheitsschäden bestünden, dass diese jedoch bezogen auf die bisherige und auf andere leidensangepasste Tätigkeiten zu keiner quantitativen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen, und dass die darüber hinaus geklagten Schmerzen keine somatisch erklärbare Ursache haben (siehe hierzu vorstehende E. 3.1.1 sowie IV-act. 237-71). Dies ist vor dem Hintergrund, dass die zuständigen Orthopäden des Kantonsspitals F.____ die Veränderungen der Wirbelsäule des Beschwerdeführers als moderat beschrieben (IV-act. 49-2), der den Beschwerdeführer untersuchende Rheumatologe Dr. N.____ das Problem des Beschwerdeführers nicht in den Befunden sah, sondern in der Rekonditionierung der rumpf- und beckenstabilisierenden

Muskulatur und im Umgang mit der chronischen Schmerzsymptomatik (IV-act. 191-2) und auch die zuständigen Orthopäden des KSSG am 30. April 2018 festhielten, eine konklusive Ursache für die Rückenschmerzen des Beschwerdeführers habe bis anhin nicht gefunden werden können (act. G 1.1 C.9), nachvollziehbar. Darüber hinaus vermag der Umstand, dass Letztgenannte ein mögliches strukturelles Korrelat in einer Diskopathie L4/5 und L5/S1 erkannt und deshalb eine weitere Infiltration geplant haben, keine Zweifel am MEDAS-Gutachten zu wecken, zumal Dr. R. ___ in diesem Bereich Spondylarthrosen, Diskusprotrusionen sowie eine Diskushernie berücksichtigt hat (IV-act. 237-65). Auch in psychiatrischer Hinsicht liefern die Akten keine mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zu begründende Erklärung für die sehr tiefe Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers in Bezug auf seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Der psychiatrische Facharzt Dr. med. K. ___ beobachtete anlässlich der Untersuchung vom 28. März 2018, dass der Beschwerdeführer bei der Schmerzschilderung einen leidenden Eindruck mache. Er schien stark im Schmerzgeschehen verhaftet zu sein (IV-act. 237-30). Etwa alle fünf Minuten habe er die Körperposition gewechselt (IV-act. 237-34). Im Unterschied zum Zeitpunkt der letzten Begutachtung 2016 werde der Beschwerdeführer mit hohen Dosen Opioiden medikamentös behandelt. Die Opioid-Wirkung führe unter anderem zu einer kinästhetischen Dissoziation mit Begünstigung von psychosomatischen Aufschaukelungsprozessen. Das ausgeprägte Schmerzverhalten und das Gefühl, unter invalidisierenden Schmerzen zu leiden, seien jedoch nicht genügend durch die Opiatwirkung erklärbar. Der psychosoziale Distress habe seit der letzten Begutachtung zugenommen (IV-act. 237-41). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Schmerzzunahme seit der Begutachtung 2016 sei nicht mit der in der Versicherungsmedizin geforderten Wahrscheinlichkeit durch psychiatrische Erkrankungen wie chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren oder Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis erklärbar. Die Schmerzen seien diagnostisch vereinbar mit psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten (IV-act. 237-37). Abgestützt auf die Tabelle Oliveri und Alteri würden die Kriterien 2, 3 und 4 für Symptomausweitung sprechen. Kein Kriterium spreche eindeutig für eine somatoforme Schmerzstörung. Das Kriterium 1 für die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein andauernder quälender Schmerz, der spürbar ist, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektivierbar. Auch die diagnostischen Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt (IV-act. 237-41). Im Vergleich zur Voruntersuchung 2016 sei einzig die Schmerzpräsentation akzentuierter und expressiver, ohne dass der Beschwerdeführer den Eindruck mache, unter einem quälenden Schmerz zu leiden. Die Schmerzpräsentation sei insofern schwer nachvollziehbar, als der Beschwerdeführer die Schmerzintensität bei ca. 4 skaliere, was anlässlich der Erstuntersuchung ebenfalls der Fall gewesen sei (IV-act. 237-40). Aus psychiatrischer Sicht sei die Behandlung von chronischen Schmerzen mit Opioiden kontraindiziert. Opiode würden zentrale Sensibilisierungsprozesse fördern und hätten eine depressiogene Wirkung. Der Beschwerdeführer mache geltend, gegen Depressionen zu kämpfen. Die Kernsymptome einer Depression seien gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und eine Verminderung des Antriebs. Wohl berichte der Beschwerdeführer von der Abnahme von Lebensfreude und Lebenslust. Die Interessen seien nach wie vor vorhanden. Inwieweit eine depressionsbedingte Antriebsminderung vorliege, sei nicht sicher beurteilbar, da Opiode u.a. das Motivationssystem

beeinträchtigt. Aufgrund der medikamentösen Interferenz seien keine sicheren Angaben möglich, inwieweit der Beschwerdeführer unter einer Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis leide (IV-act. 237-41 f.). Beim Beschwerdeführer würden sich akzentuierte Persönlichkeitszüge finden, die typisch seien für Menschen, die unter Disstress zu psychosomatovegetativen Reaktionsbildungen neigen würden. Die ängstlich perfektionistischen Persönlichkeitszüge hätten bereits vor Krankheitsausbruch bestanden (IV-act. 237-42). Es seien keine sicheren Angaben möglich, inwieweit bei der Akzentuierung der Schmerzpräsentation eine Aggravation eine Rolle spiele. Aufgrund der medikamenteninduzierten kinästhetischen Dissoziation würden autosuggestive Prozesse jedenfalls begünstigt werden (IV-act. 237-43). Diese Ausführungen sind nachvollziehbar und erstaunen nicht vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer zwar angibt "gegen die Depression zu kämpfen" (IV-act. 237-34), jedoch aktenkundig nur während kurzer Zeit in psychologischer Behandlung stand (IV-act. 79-16 sowie 110). Die Diagnose von psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten hat Dr. med. K.____ in Diskussion und unter begründeter Verneinung von anderen denkbaren Diagnosen erhoben (IV-act. 237-37 sowie 39 f.). Seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung liegt eine umfassende Abhandlung der Standardindikatoren Gesundheitsschädigung, Persönlichkeit, sozialer Kontext sowie Ressourcen zugrunde (IV-act. 237-41 f.). Den Akten sind keine objektiv relevanten Gesichtspunkte zu entnehmen, welche der psychiatrische Gutachter ausser Acht gelassen hätte, und abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzungen von psychiatrischen Fachärzten sind keine aktenkundig. Der Umstand, dass Dr. K.____ das Verhalten des Beschwerdeführers bei der Prüfung der geteilten Aufmerksamkeit als teils maniert bezeichnete (vgl. diesbezügliches Vorbringen des Beschwerdeführers in der Replik act. G 6 S. 3 sowie Gutachtensstellen in act. 237-35 unten und 39 oben), floss nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ein. Denn Dr. K.____ stellte bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität fest, das Schmerzverhalten sei trotz tiefem Schmerzniveau expressiv. Es seien keine sicheren Angaben möglich, inwieweit bei der Akzentuierung der Schmerzpräsentation eine Aggravation eine Rolle spiele. Er habe ja bereits angeführt, dass aufgrund der medikamenteninduzierten kinästhetischen Dissoziation autosuggestive Prozesse begünstigt würden (IV-act. 237-43). Zu Recht hat Dr. K.____ sodann berücksichtigt, dass der bio-psycho-soziale Krankheitsbegriff vom Bundesgericht als im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG rechtlich nicht massgebend bezeichnet wird (BGE 143 V 418 E. 6). Psychosoziale Faktoren wurden von den Gutachtern sowohl im Zeitraum des Auftretens der Schmerzen als auch bei einer vom Beschwerdeführer beschriebenen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes festgestellt (IV-act. 162-33, 237-15 Mitte). Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerde mit seinem Antrag eines Zweitgutachtens mit Einbezug von Spezialisten für die Fachbereiche Neurologie und Orthopädie sinngemäss geltend, er hätte nicht nur internistisch, psychiatrisch und rheumatologisch, sondern auch orthopädisch und neurologisch abgeklärt werden müssen (act. G 1). Vorab ist darauf hinzuweisen, dass es gemäss BGE 139 V 3 52 E. 3.3 im pflichtgemässen Ermessen der Begutachtungsstelle steht, welche Disziplinen beigezogen werden. Darüber hinaus ist vorliegend nicht ersichtlich, inwiefern ein Gesundheitsschaden vorliegt, dessen Beurteilung zwingend eine orthopädische neben der rheumatologischen Abklärung erfordert hätte. Vielmehr warfen die Befunde (auch) den rheumatologischen Fachbereich betreffende Fragen etwa der Muskeln auf (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. September 2014, Nr. 9C_312/2014, E. 4.1.2). Hinsichtlich einer neurologischen Abklärung ist festzuhalten, dass

die den Beschwerdeführer untersuchenden Neurologen zum Schluss kamen, dass dessen lumbospondylogene Schmerzen im Rahmen der multiplen degenerativen Achsen skelettveränderungen die dominante Erkrankung seien und die allenfalls vorliegende leichtgradige sensible axonale Polyneuropathie kaum zur Schmerzentwicklung beitrage (IV-act. 212 i.V.m. 200-6). Aus den Ausführungen des Beschwerdeführers in der "Einsprache zum Vorbescheid vom 23.08.2016", in welchen er die Gutachten der MEDAS bemängelt, ist zu schliessen, dass er davon ausgeht, die MEDAS müsse seine Arbeitsfähigkeit beweisen. Dem ist jedoch nicht so, vielmehr wäre es am Beschwerdeführer, die von ihm behauptete Arbeitsunfähigkeit zu beweisen (vgl. vorstehend Erwägung 2.5). Angesichts der beiden polydisziplinären Gutachten und der unzähligen Behandlungs- und Untersuchungsberichte von verschiedensten Fachärzten sind von weiteren Sachverhaltsabklärungen keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten. Bleiben für den Leistungsanspruch erhebliche Tatsachen unbewiesen, so hat nach den Regeln der Beweislastverteilung der Versicherte, welcher aus den unbewiesenen gebliebenen Tatsachen Rechte - den Anspruch auf Invalidenrente - ableiten wollte, die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl. 2014, S. 402). Bei dieser Aktenlage gelingt trotz mehrfacher Bemühungen von verschiedener Seite der Nachweis, dass die Arbeitsfähigkeit mindernde gesundheitliche Beeinträchtigungen bestehen, offenkundig nicht. Ferner ist nicht davon auszugehen, dass diesbezüglich weitere Abklärungen eine Objektivierung ermöglichen könnten. Da von weiteren Sachverhaltsabklärungen in Form einer EFL oder gar einer zusätzlichen Begutachtung keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind, ist entgegen den Anträgen des Beschwerdeführers (act. G 1) in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten (vgl. BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass kein Anspruch darauf besteht, ein Gutachten im Sinne einer "second opinion" einzuholen. Wenn ein bei den Akten liegendes Gutachten den inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine Expertise genügt, sind die Abklärungen insoweit nicht weiter voranzutreiben (Kieser, a.a.O., N 81 zu Art. 44). Zusammenfassend ist gestützt auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 24. Mai 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht über eine volle Arbeitsfähigkeit sowohl für die angestammte als auch für leidensangepasste Tätigkeiten verfügt. Gestützt auf die Erwägungen ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. 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. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer bezahlt unter Anrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 600.-- die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.--.