

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/302 vom 3. Juni 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-06-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_302

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/302 du 3 juin 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/302 del 3 giugno 2021

Regeste

Art. 28 IVG. Würdigung des Beweiswerts eines polydisziplinären Gutachtens und eines bidisziplinären Verlaufsgutachtens sowie von Berichten behandelnder Ärzte und einer BEFAS-Abklärungsstelle (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Juni 2021, IV 2019/302).

Volltext

Entscheid vom 3. Juni 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2019/302 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 15./17. November 2014 wegen eines Bandscheibenleidens bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Er sei seit ____ 199_ als Eisenleger angestellt (zu einem Bruttoeinkommen von derzeit monatlich Fr. 6'3__.--). - Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, gab am 3. Dezember 2014 (IV-act. 10-1 f.) bekannt, es liege beim Versicherten eine Diskushernie S1 rechts vor. Er sei seines Wissens seit November 2014 arbeitsunfähig. Am _ . Dezember 2014 sei eine Operation vorgesehen. - Med. pract. C.____, Praktischer Arzt, gab in einem IV-Arztbericht vom 26. März 2015 (IV-act. 17) diverse Phasen von Arbeitsunfähigkeit (100 % und 50 %) des Versicherten ab 19. Dezember 2013 - mit Unterbruch vom 1. Februar 2014 bis 6. Juli 2014 - an, zuletzt eine solche von 50 % bis 17. Oktober 2014. Es bestünden eine Lumboischialgie und ein zervikozepales Syndrom, daneben eine Prellung des linken Handgelenks und ein Impingement-Syndrom der Schulter. Am _ . Dezember 2014 habe die mikrochirurgische Dekompression LWK5/SWK1 stattgefunden. Dr. B.____ hatte dem Arzt am 16. März 2015 (IV-act. 17-6) berichtet, der Versicherte sei bis zum 8. März 2015 voll arbeitsunfähig gewesen und sei seither und noch bis zum 9. April 2015 zu 50 % arbeitsunfähig. Danach dürfe er wieder voll arbeiten. Er habe keine Rückenschmerzen mehr und kaum noch Beinschmerzen und nehme keine Medikamente mehr ein. Am 22. Januar 2015 und 31. März 2015 übermittelte die Krankentaggeldversicherung des Versicherten der IV-Stelle ihre Akten (vgl. Fremdakten, Fremd-act. 1-1 und 2-1). Am 18. Dezember 2013 (Fremd-act. 1-8) war eine Meldung über eine Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab 19. Dezember 2013 ergangen. Med. pract. C.____ hatte am 11. Oktober 2014 (Fremd-act. 1-10 ff.) in der Anamnese angegeben, am __. Oktober 2013 sei dem Versicherten beim Heben von ca. 20 kg Eisen ein Stich in den Rücken gefahren. Seither träten rezidivierend Rückenbeschwerden auf. Bei einem

Röntgenbild der LWS vom 23. November 2013 seien lumbal orthograde Wirbelkörper regelrecht zur Darstellung gekommen. Die Intervertebralaräume seien ausreichend weit, die Neuroforamina nicht eingengt gewesen, in den Facettengelenken LWK3-5 habe eine diskret erhöhte Absorption bestanden. In einem MRT LWS vom 26. Juni 2014 seien eine Grössenzunahme der Diskushernie LWK5/SWK1 und eine Nervenwurzelkompression S1 rechtsrecessal sowie eine Diskusdehydratation LWK4/5, eine Protrusion ohne Wurzelkompression und mässige Intervertebralarthrosen festgestellt worden. - Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, der mit einer spezialärztlichen Untersuchung beauftragt worden war, hatte am 17. Oktober 2014 (Fremd-act. 1-15 ff.) berichtet, der Versicherte habe seit bald einem Jahr persistierende chronische Lumbalgien mit Ausstrahlungen in beide Oberschenkel. Er sei als Eisenleger zurzeit zu 50 % einsatzfähig, allerdings nur bei leichten Arbeiten. - Von Seiten der Arbeitgeberin war am 31. Oktober 2014 (vgl. Fremd-act. 1-3) erklärt worden, es sei schwierig, den Versicherten auf dem Bau einzusetzen; er selber halte einen solchen Einsatz für unwahrscheinlich. Eine andere Möglichkeit gebe es indessen bei ihr nicht. - In einem Assessmentbericht vom 25. März 2015 (Fremd-act. 2-8 ff.) hatte eine Case Management-Unternehmung angegeben, der Versicherte habe mitgeteilt, Dr. B.____ sei sich nicht sicher, ob eine Rückkehr in die Arbeit als Eisenleger gut gehen werde. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 10. April 2015 (IV-act. 20) dafür, der postoperative Verlauf sei erfreulich. Ob dem Versicherten seine rückenbelastende bisherige Tätigkeit auf Dauer zumutbar sei, sei kritisch zu hinterfragen. - Nachdem der Versicherte wieder das volle Pensum aufgenommen hatte, teilte ihm die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 20. April 2015 (IV-act. 23) mit, es bestehe weder Anspruch auf berufliche Massnahmen - diese seien nicht nötig - noch auf Rentenleistungen. Er könne seiner Tätigkeit wieder nachgehen. Am 19. April 2016 (IV-act. 28) ging eine neue Anmeldung bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle ein. Der Versicherte erklärte, er sei seit 18. Dezember 2015 voll arbeitsunfähig und nun zweimal operiert. Die Beeinträchtigung bestehe seit Dezember 2011. - Dr. B.____ hatte am 2. April 2016 (IV-act. 30) berichtet, nach der Revision LW5/SW1 rechts am 23. Februar 2016 bestünden kaum noch Beinschmerzen, lediglich noch etwas Rückenschmerzen beim Drehen. In der Tätigkeit als Eisenleger werde der Versicherte dauerhaft nicht mehr arbeiten können. Ab dem 25. Mai 2016 werde für eine angepasste Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden. - Die Arbeitgeberin gab am 3. Mai 2016 (IV-act. 38) an, der Versicherte sei als Vorarbeiter tätig (letzter Arbeitstag 16. Dezember 2015). In einem bei den am 6. Mai 2016 (Fremd-act. 3-76) eingereichten weiteren Akten der Krankentaggeldversicherung liegenden Schlussbericht des (von ihr beauftragten) Case Managements vom 6. Juli 2015 (Fremd-act. 3-69 f.) war festgehalten worden, der Versicherte habe seit dem 10. April 2015 ununterbrochen mit vollem Pensum gearbeitet. Seit dem 11. März 2015 habe keine Arztkonsultation mehr stattfinden müssen. - Am 25. Februar 2016 (Fremd-act. 3-71) hatte sich die Krankentaggeldversicherung an den Case Manager gewandt und mitgeteilt, am 17. Dezember 2015 sei der Versicherte erneut voll arbeitsunfähig geworden. Schon im vergangenen Jahr sei die Frage nach einer beruflichen Neuorientierung angesprochen worden, doch sei der Versicherte damals dafür nicht offen gewesen. Voraussetzung einer zugestandenen nochmaligen Unterstützung durch ein Case Management sei, dass der Versicherte die Neuorientierung nun aktiv angehen wolle. Dr. B.____ berichtete am 11. Mai 2016 (IV-act. 42-7), der Versicherte habe nun unerträgliche Rückenschmerzen. Die Beinschmerzen seien nicht mehr vorhanden. Am 13. Juni 2016 (IV-act. 42-5) teilte er mit, es liege ein Facettensyndrom vor, das (sc. zum

zweiten Mal) infiltriert worden sei. - Am 24. Juni 2016 (IV-act. 48) gab die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle bekannt, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit wegen des Gesundheitszustands des Versicherten nicht möglich. - Am 29. Juni 2016 (IV-act. 51) berichtete Dr. B. ____, dieser habe zurzeit einen sehr hohen Leidensdruck, komme aber - ohne Belastung - mit nur zwei Dafalgan (für ihn das Maximum) ganz gut durch. Ein minimales Diskushernien-Rezidiv sei nicht zu bestätigen, doch habe der Versicherte einen Arthroseschmerz. Das Infiltrieren habe nicht geholfen. Es sei nun eine Spondylodese vorgesehen, bei deren Erfolg in rückenadaptierter Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % bestehen sollte. Am 10. August 2016 (IV-act. 55) gab Dr. B. ____ bekannt, tags zuvor sei diese Operation mit komplikationslosem postoperativem Verlauf erfolgt. Am 18. August 2016 (IV-act. 53, Fremd-act. 4) teilte das von der Krankentaggeldversicherung beauftragte Case Management mit, das Mandat werde abgeschlossen. Im beigelegten Schlussbericht vom gleichen Tag (Fremd-act. 5) war festgehalten worden, zurzeit gebe es keinen Bereich, in welchem auf die Reintegration hingearbeitet werden könnte. Der Versicherte sei in Bezug auf die berufliche Zukunft sehr unsicher. Er halte dafür, körperlich könne er nicht mehr arbeiten und mit seiner Qualifikation könne er doch auch nicht im Büro arbeiten. Er wolle bei der Arbeitgeberin im Magazin oder in einer anderen Funktion arbeiten. Am 16. November 2016 (IV-act. 67-2) erklärte Dr. B. ____, es gehe dem Versicherten nicht wesentlich besser. MRI und Röntgenbild zeigten jedoch keine Nervenwurzelkompressionen, keine Schraubenlockerung und ein blandes ISG. Der Rückenschmerz sei zentral über der Narbe und sei immer derselbe gewesen. Er (Dr. B. ____) wisse zurzeit nicht, woher die Beschwerden kämen. Am 22. Februar 2017 (IV-act. 75-8) teilte er mit, der Versicherte habe nachts und teilweise auch tagsüber belastungsabhängige Rückenschmerzen VAS 8-10, höre jedoch mit der Novalgin- (3 Tabletten pro Woche) und Tramal-Therapie (2 Tabletten) auf, weil sie ihm nicht gut tue. Auch ohne neurologische Störungen bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Er (der Arzt) habe das Facettengelenk LW4/5 bds. nochmals infiltriert. Im IV-Arztbericht vom 22. Februar 2017 (IV-act. 75-6) hielt Dr. B. ____ weiter fest, der Versicherte könne wegen der starken Rückenschmerzen auch in rückenadaptierter Tätigkeit nicht arbeiten. Nötig sei eine Vorstellung in der Schmerzprechstunde. - Med. pract. C. ____ hatte in einem IV-Arztbericht vom 27. Januar 2017 (IV-act. 73) erklärt, die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar; es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. In welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, sei nicht bekannt und gegebenenfalls in einem Arbeits-Assessment zu prüfen. Das Schmerzzentrum am Kantonsspital St. Gallen gab in einem Erstkonsultationsbericht vom 28. April 2017 (IV-act. 97) bekannt, als Diagnose liege ein chronifiziertes Schmerzsyndrom der LWS vor mit Ausstrahlung ins Steissbein Stadium I nach Gerbershagen, gemischt nozizeptiv-neuropathisch und mit einem Failed back surgery syndrome (synonym Postlaminektomie-Syndrom). Vor der Konsultation seien zwei Tabletten Novalgin (550 mg) und eine Tablette Targin (Ret. 10 mg/5 mg) verordnet gewesen. Der Versicherte nehme Targin wegen Nebenwirkungen tagsüber nicht ein. Er erhalte nun Lyrica, bei guter Verträglichkeit sei der Aufbau eines Plasmaspiegels vorgesehen (sowie ein Ausschleichen und Absetzen von Targin). Alternativ könnten tagsüber auch Cymbalta oder Venlafaxin eingesetzt werden. - Dr. B. ____ erklärte am 10. September 2017 (IV-act. 102), der Versicherte habe plötzlich wieder starke Rückenschmerzen im Zugangsbereich links bekommen (VAS 5) und habe ausserdem Probleme mit der Invalidenversicherung. Er nehme Kytta-Salbe, Arnica, Jarsin, Melissa-Tropfen und Solum-Öl; das helfe ihm leidlich. Er habe ihn für die Zeit vom 2. Juni

bis 2. Dezember 2017 zu 80 % arbeitsunfähig geschrieben. - In einem radiologischen Bericht vom 7. September 2017 (IV-act. 105-64) war im Vergleich zum 28. Februar 2017 keine wesentliche Veränderung gefunden worden (Granulationsgewebe entsprechend mit Vorwölbung in den Spinalkanal, soweit sichtbar mit Einengung des Spinalkanals und Beeinflussung S1 vor allem links). - In einem radiologischen Bericht vom 7. November 2017 (IV-act. 105-66) wurde angegeben, es bestehe eine deutliche multisegmentale Facettengelenksarthrose und Osteochondrose mit Nachweis einer knöchern gedeckten links-mediolateralen Diskusprotrusion auf Höhe C6/7 links, die das linksseitige Neuroforamen einenge und zu einer Reizung der Wurzel C7 führen könne. - Dr. B.____ hielt am 8. November 2017 (IV-act. 105-65) fest, er nehme an, der Versicherte brauche eine PRT (periradikuläre Therapie) C7 links, und werde ihn hierfür anmelden. - Der Versicherte hatte am 22. September 2017 (IV-act. 105-59) mitgeteilt, das Arbeitsverhältnis sei auf den 28. Februar 2017 gekündigt worden (vgl. auch IV-act. 116-2). Am 20. Dezember 2017 (IV-act. 105) erstattete das Swiss Medical Assessment- und Business-Center SMAB im Auftrag der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten. Es liege eine linksbetonte Lumbago nach Spondylodese L5/S1 mit Neurolyse beider L5-Wurzeln am 9. August 2016 vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Cervicobrachialgie links ohne radikuläre Reizung und ein Senk-Spreiz-Platt-Knickfuss beidseits. In der bisherigen körperlich mittelschweren Tätigkeit als Eisenleger sei der Versicherte voll arbeitsunfähig. In einer dem Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit sei er jedoch voll arbeitsfähig. Wegen der aktuell vorhandenen Cervicobrachialgie links ohne radikuläre Reizung sei eine ca. ein- bis zweiwöchige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar; eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich daraus nicht, allenfalls eine qualitative Einschränkung des Belastungsprofils (vgl. IV-act. 105-14). Retrospektiv sei nachvollziehbar, dass der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als Eisenleger vom 12. November 2014 bis 31. März 2015 voll und anschliessend bis 30. April 2015 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei, und dass er (nach einer Phase voller Arbeitsfähigkeit) seit 3. Dezember 2015 hierfür anhaltend voll arbeitsunfähig sei. Für eine adaptierte Tätigkeit habe - seit dem Beurteilungsbeginn vom 20. April 2015 - eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der stationären Aufenthalte bestanden. Nach der Revision am 23. Februar 2016 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit bis sechs Monate postoperativ nach der Spondylodese am 9. August 2016, d.h. bis etwa Anfang Februar 2017, nachvollziehbar. Seither sei der Versicherte diesbezüglich voll arbeitsfähig (vgl. IV-act. 105-15, vgl. auch IV-act. 105-31). - Der RAD schloss sich am 27. Dezember 2017 (IV-act. 106) dem Gutachten an. Am 9. Januar 2018 legte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dar, es könne angesichts des (ehemals) hohen Lohns des Versicherten bei Gewährung eines Leidensabzugs von einem Umschulungsanspruch ausgegangen werden (IV-act. 107-6), und sprach ihm Berufsberatung zu (IV-act. 108). Am 2. März 2018 (IV-act. 119) hielt der Eingliederungsverantwortliche fest, es liege ein instabiler Gesundheitszustand vor und der Versicherte habe weder in seinem Herkunftsland noch hierzulande eine Ausbildung gemacht. Die Berufsberatung werde abgeschlossen. - Dr. B.____ hatte am 18. Dezember 2017 (IV-act. 122-8) von einer regredienten Trizepsparese (derzeit 4+) berichtet; die Hypästhesien hätten unter Physiotherapie und Chiropraxis deutlich gebessert. Am 14. Februar 2018 (IV-act. 122-6) hatte er festgehalten, der Versicherte sei zurzeit zu 20 % arbeitsfähig und sollte langfristig eine Arbeitsfähigkeit von 50 % haben. Am 3. März 2018 (IV-act. 122-4) berichtete Dr. B.____, der Versicherte wolle operiert werden, davon rate er ab. In einem IV-Arztbericht vom 25. April 2018 (IV-act. 122) erklärte Dr. B.____, es lägen

eine Diskushernie HWK6/7 links (seit Ende Februar 2018), eine Trizepsparese linksseitig und ein chronischer Rückenschmerz nach dreimaliger Rückenoperation LW5/SW1 vor. Zurzeit sei der Versicherte zu 20 % arbeitsfähig, langfristig zu maximal 40 %. In einer Stellungnahme zum Gutachten hielt Dr. B. ___ gleichentags (IV-act. 123) fest, mit einem FBA (Finger-Boden-Abstand) von 34 cm sei die Beweglichkeit nicht lediglich gering, sondern massiv eingeschränkt. Der Umstand, dass der Versicherte schmerzfrei sitzen könne, habe nichts damit zu tun, ob er im Liegen einen Pseudo-Lasègue habe bzw. bei Belastung Rückenschmerzen. Nach seiner Auffassung rufe auch nicht die postulierte Narbenbildung eine lokale Irritation des Weichteilgewebes hervor. Orthopädisch sei der Versicherte wahrscheinlich nicht messbar eingeschränkt. Es gehe um ein chronisches Schmerzproblem - und zwar einzig die LWS betreffend, nicht die HWS -, nämlich ein gemischt nozizeptives chronisches Schmerzsyndrom Gerbershagen II-III. Dieses habe keinen Zusammenhang mehr mit den anatomischen Strukturen. Es habe sich längst verselbständigt. Er könne nicht bestätigen, dass alle Waddell-Zeichen positiv seien. Die Beschwerden seien nachvollziehbar, auch im Ausmass. Der Versicherte, ein ängstlicher, wahrscheinlich auch depressiver Mann, sei zu maximal 40 % arbeitsfähig. - Am 21. Mai 2018 (IV-act. 124) teilte Dr. B. ___ mit, die Nackenschmerzen (HWK6/7 links) seien nach zweimaliger Infiltration nun deutlich besser. Dort bestehe nach seiner Auffassung kein grosses Problem. Es bestünden nun Nackenschmerzen unterhalb von BWK2/3 links, ohne dass die Trizepsparese noch nachweisbar wäre. Er werde dort nächste Woche infiltrieren. Chirurgisch könne er nicht weiterhelfen. Am 11. Juli 2018 (IV-act. 133) teilte die damalige Rechtsvertreterin des Versicherten mit, dessen Einsatzprogramm sei beendet. Er habe nur noch Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung für etwa 100 Tage und gerate ohne IV-Leistungen in wirtschaftlich existenzielle Bedrängnis. In einem Bericht vom 10. Juli 2018 (IV-act. 136-52 ff.) hatte der Leiter des Einsatzprogramms des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV; über das Programm vom 4. April bis 10. Juli 2018, vgl. IV-act. 136-55) festgehalten, man habe den Versicherten als motivierten und engagierten Mitarbeiter, in der Arbeitsweise überlegt sowie qualitäts- und ordnungsbewusst, wahrgenommen. Es sei ihm zurzeit ein Arbeitspensum von maximal 20 % möglich. Bezüglich Körperhaltung und Belastung seien nur sehr spezifische Arbeiten möglich, was ein zusätzliches Hindernis für eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt darstelle. In einem bidisziplinären Verlaufsgutachten vom 19. Oktober 2018 (IV-act. 136) benannte das SMAB als Diagnose eine belastungsabhängige Lumbago bei nicht-knöchern konsolidierter Spondylodese L5/S1 mit Neurolyse beider L5-Wurzeln am 09.08.2016. Daneben bestünden - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - eine geringe Schwäche des M. trizeps und der Fingerbeuger links bei Wurzel-Reizung C7 links und der Senk-Spreiz-Platt-Knickfuss beidseits. In der bisherigen Tätigkeit sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig, in einer angepassten Tätigkeit aber voll arbeitsfähig (vgl. IV-act. 136-7). Retrospektiv sei der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit seit dem 18. Dezember 2015 arbeitsunfähig. In einer adaptierten Tätigkeit sei er von etwa zu Beginn des Monats Februar 2017 bis zum 6. November 2017 voll arbeitsfähig gewesen, danach bis zum 18. Dezember 2017 vorübergehend nicht arbeitsfähig (vgl. IV-act. 136-8). Die analgetische Therapie mit Opiaten (Targin) sei nicht indiziert und sollte abgesetzt werden. Diese Medikamente würden aufgrund des Nebenwirkungsspektrums und des Herabsetzens der Schmerzschwelle dafür sorgen, dass der Versicherte sich nicht arbeitsfähig fühle (vgl. IV-act. 136-8). - In einem Bericht über ein CT der LWS vom 30. August 2018 (IV-act. 136-59 f.) war u.a. auf Höhe LWK5/SWK1 ein im Vergleich zur Aufnahme vom

7. September 2017 unverändert bestehendes kleines knöchernes Fragment im Neuroforamen rechtsseitig erwähnt worden. - Am 24. Oktober 2018 (IV-act. 137) gab der RAD seine Stellungnahme zum Verlaufsgutachten ab. In einem Schreiben vom 3. Dezember 2018 (IV-act. 157) legte Dr. B. ___ dar, die gutachterliche orthopädische Einschätzung sei in keiner Weise nachvollziehbar. Sie sei eindimensional und lasse die Gesamtsituation des Versicherten, der früher jahrelang fleissig gearbeitet habe, völlig ausser Acht. Es bestehe ein chronisches, deutlich verschlechtertes Schmerzbild, auch wenn das im MRT nicht nachweisbar sei. Die Gutachterin meine, den Versicherten nur aufgrund der Bein- und Rückenschmerzsymptomatik beurteilen zu müssen, was am Ziel vorbeigehe. Er habe nunmehr auch eine "CDA", die sein Schmerzbild nochmals negativ beeinflusse. Die festgestellte Diskrepanz zwischen der eigentlichen und der dargestellten Beweglichkeit sei auf die etwas ängstliche Grundpersönlichkeit des Versicherten zurückzuführen. Dass ein Schmerzbild simuliert werde, sei völlig ausgeschlossen. Es liege beim Versicherten - auch nach Auffassung der ihn behandelnden Dr. med. E. ___, Fachärztin für Neurochirurgie und ___ Schmerzspezialistin - glaubhaft eine Schmerzstörung vor, welche die Beschwerden erkläre. Das Targin abzusetzen, sei komplett unsinnig. Der Versicherte habe wahrscheinlich eine somatoforme Schmerzstörung; das müsste psychiatrisch geklärt werden. - Dr. E. ___ erklärte in einem Schreiben vom 17. Dezember 2018 (IV-act. 158), der Versicherte befinde sich seit dem 2. Juli 2018 bei ihr in Behandlung. Er leide unter multilokulären, chronischen gemischt nozizeptiv neuropathischen Schmerzen mit einem Chronifizierungsgrad nach Gerbershagen III. Chronische Schmerzen seien eine eigenständige Erkrankung. Sie seien nicht mehr mit den Mitteln der Akutschmerzbehandlung therapierbar und auch nicht mit den Konzepten der Akutmedizin beurteilbar. Die Schmerzsituation des Versicherten habe in der Behandlung zusammen mit Dr. B. ___ stabilisiert werden können. Sie rate davon ab, das Targin zu stoppen und ein Schmerztagebuch zu führen. Das sei nur bei einer Einstellung der Analgetika sinnvoll und fokussiere ansonsten den Patienten auf den Schmerz. Die Dosis liege mit einer Morphinäquivalenz von 40 mg/Tag im Rahmen und es würden auch Co-Analgetika eingesetzt. Der Versicherte sei zu maximal 40 % arbeitsfähig. - Der RAD hielt am 16. Januar 2019 (IV-act. 160) dafür, der Einwand sei der Begutachtungsstelle vorzulegen. Das SMAB nahm am 5. Februar 2019 (IV-act. 171) Stellung. Eine versicherungsmedizinische orthopädisch-traumatologische Beurteilung erfolge aufgrund der subjektiven Beschwerdeangaben einer versicherten Person im Kontext mit den erhobenen objektivierbaren klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunden. Bei der Begutachtung sei von psychiatrischer Seite geprüft worden, ob beim Versicherten eine somatoforme Störung vorliege. Es habe aber darauf bzw. auf eine psychogene Mitverursachung der Schmerzen keine Hinweise gegeben. Wie eine ängstliche Persönlichkeit für die gezeigten Verdeutlichungstendenzen und die zwei positiven Waddell-Zeichen verantwortlich sein sollte, sei nicht nachvollziehbar. Es finde sich auch keine nachvollziehbare Begründung für die Auffassung, dass der Versicherte zweifellos ein chronischer Schmerzpatient sei. Wenn Dr. B. ___ darauf hinweise, dass dieser vorher jahrelang fleissig gearbeitet habe und sicherlich motiviert sei, auch weitere Arbeiten durchzuführen, so gebe er dessen subjektive Angaben wieder. Auch dem Schreiben von Dr. E. ___ seien keine schwerwiegenden objektivierbaren Befunde zu entnehmen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit begründen würden. - Der RAD folgte dieser Auffassung am 11. Februar 2019 (IV-act. 176). Inzwischen war dem Versicherten und seiner damaligen Rechtsvertreterin am 3. Dezember 2018 (IV-act. 192) bei einem Gespräch von der IV-Eingliederungsverantwortlichen erklärt

worden, dass von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgegangen werde. Der Versicherte hatte erklärt, er könne es im Rahmen von 50 % versuchen. Die IV-Eingliederungsverantwortliche hatte angegeben, der Versicherte habe seine Situation glaubhaft geschildert. Er habe keine Vorstellung, was er arbeiten könnte. Es werde eine berufliche Abklärung vorbereitet. - Nach einem Wechsel in der Rechtsvertretung Ende Dezember 2018/Januar 2019 (IV-act. 150 und 152 f.) hatte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 7. Februar 2019 (IV-act. 175) für die Zeit vom __. Februar bis __. März 2019 eine berufliche Abklärung in der BEFAS F.____ - mit grossem Taggeld (vgl. IV-act. 180 f.) - angeordnet (vgl. auch IV-act. 162, 168, 172). In ihrem Schlussbericht vom 26. März 2019 (IV-act. 184) hielt die BEFAS fest, der Versicherte habe während den Arbeitszeiten eine gute Leistung - von 80 % - erbracht. Er sei als freundlich, geduldig und fleissig beschrieben worden, seine Arbeiten seien von guter Qualität gewesen und sein Arbeitsplatz sei immer sauber gewesen. Er könne adaptierte Tätigkeiten ganztags ausführen, aber nicht durchgängig. Vielmehr habe er morgens und nachmittags behinderungsbedingte Pausen von je rund einer bis zwei Stunden einzulegen gehabt. Da solches in der Regel von einem Arbeitgeber nicht toleriert werde, kämen für ihn nur als Nischenarbeitsplätze zu bezeichnende Stellen in Frage, und zwar etwa in den Bereichen körperlich leichter Montagen, End-/Qualitätskontrollen, leichter Verpackungsarbeiten und von Vergleichbarem. Bei der täglichen Arbeitszeit von durchschnittlich etwa fünf Stunden habe der Versicherte somit eine 50 % entsprechende Gesamtleistungsfähigkeit erzielen können. An seiner Eingliederungswilligkeit hätten keine Zweifel bestanden. Limitierend seien die knappen Deutsch- und sehr knappen Schulkenntnisse sowie der Migrationshintergrund. Es sei fraglich, ob die Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt verwertbar sei. Der RAD hielt am 5. April 2019 (IV-act. 186) dafür, das Gutachten besitze eine weit höhere Beweisdichte als der BEFAS-Bericht. Daher bleibe es bei der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. dazu IV-act. 106 vom 27. Dezember 2017, IV-act. 137 vom 24. Oktober 2018, IV-act. 160 vom 16. Januar 2019 und IV-act. 176 vom 11. Februar 2019). Mit Mitteilung vom 6. Juni 2019 (IV-act. 195) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab, da sich der Versicherte aufgrund seiner gesundheitlichen Situation nicht in der Lage fühle, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Auf einen Vorbescheid vom 21. August 2019 (IV-act. 198) hin, wonach ein Invaliditätsgrad von 19 % (Valideneinkommen Fr. 83'070.--, Invalideneinkommen Fr. 67'186.--) vorliege, liess der Versicherte am 24. September 2019 (IV-act. 201) durch seinen Rechtsvertreter einwenden, es sei spätestens ab Dezember 2014 eine ganze Rente zu entrichten. - Mit Verfügung vom 14. Oktober 2019 (IV-act. 202) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle den Rentenanspruch ab. Die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit sei in erster Linie Sache des begutachtenden Arztes. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng für den Betroffenen am 11. November 2019 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung aufzuheben. Dem Beschwerdeführer sei ab wann rechtens, spätestens ab Dezember 2014, eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zuvor zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Ausserdem sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Was eine allfällige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit anbelange, würden sich die Auffassungen der Gutachter des SMAB einerseits und der behandelnden Ärzteschaft sowie der Fachleute der BEFAS

andererseits diametral voneinander unterscheiden. Mit ihrer retrospektiven Arbeitsfähigkeitsschätzung würden die Gutachter zumindest sinngemäss die Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 20. April 2015 als offensichtlich unzutreffend erachten. Weshalb sie sich dennoch erst ab dem 20. April 2015 zu einer allfälligen Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten äusserten, leuchte nicht ein. Auch sonst sei ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht nachvollziehbar. Danach sei nach der Revision LW5/SW1 rechts am 23. Februar 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit bis sechs Monate, nach Spondylodese am 9. August 2016, das heisse bis etwa Anfang Februar 2017, nachvollziehbar und bestehe in der Folge eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit. Das (Letzteres) sei nicht begründet worden. Dr. B.____, Dr. E.____ und med. pract. C.____ würden den Beschwerdeführer und seine gesundheitlichen Störungen gut kennen und könnten sich davon und von den erwerblichen Auswirkungen ein zuverlässiges Bild machen. Die Gutachterin dagegen habe den Beschwerdeführer nur zweimal kurz (einmal zwei Stunden, einmal eineinhalb Stunden lang) gesehen. Nach dem Einsatzprogramm von mehr als drei Monaten Dauer sei er bezüglich Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Sorgfalt usw. durchgehend als den Anforderungen vollumfänglich entsprechend beschrieben worden. Ein Pensum von 20 % sei machbar gewesen, der Beschwerdeführer sei aber klar an die Grenzen gekommen. Bei der von der Beschwerdegegnerin beauftragten BEFAS-Abklärung sei eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit festgestellt worden. Am Eingliederungswillen hätten keine Zweifel bestanden, was mit der Einschätzung von Dr. B.____ korrespondiere, wonach der Beschwerdeführer kein Beschwerdebild simuliere. Die beiden an der Abklärung beteiligten Fachpersonen, eine diplomierte Berufs- und Laufbahnberaterin mit Lizentiat in Psychologie sowie ein Arzt und zertifizierter Arbeitsfähigkeitsassessor SIM, seien bestens in der Lage, im Rahmen standardisierter Abklärungs- und Beurteilungsprozesse Beurteilungen abzugeben. Sie hätten das mit der nötigen Qualität und lege artis getan. Wie der RAD darauf komme, dass sehr stark auf das subjektive Verhalten und das subjektiv vorgetragene Beschwerdebild abgestützt worden sei, sei nicht begründet und nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer könne aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen kein Einkommen erzielen, und wenn doch, dann allenfalls ein sehr geringes Einkommen an einem Nischenarbeitsplatz. Er habe Anspruch auf eine ganze Rente. Bei Zweifeln daran sei ein Obergutachten zu erstellen. Der Rentenanspruch bestehe ab Dezember 2014, da der Beschwerdeführer damals ein Jahr lang durchschnittlich zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sei. Die langandauernde Krankheit habe gemäss dem Bericht von med. pract. C.____ vom 26. März 2015 am 19. Dezember 2013 begonnen. Die offensichtlich unzutreffende formell rechtskräftige Mitteilung vom 20. April 2015 stehe dem nicht entgegen. - Am 11. November 2019 (IV-act. 203) hat der Rechtsvertreter für den Beschwerdeführer für den Fall einer nicht vollumfänglichen Gutheissung der Beschwerde ein neues Gesuch bzw. allenfalls ein Revisionsgesuch gestellt. In ihrer Beschwerdeantwort vom 24. Dezember 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Weder den BEFAS-Abklärungen noch den Ausführungen von Schmerztherapeuten könne hier ein Beweiswert zuerkannt werden. Bei BEFAS-Abklärungen sei meist gerade die subjektive Seite einer versicherten Person entscheidend, dienten sie doch dazu herauszufinden, was aus deren Sicht noch möglich sei, in wie weit sie persönliches Potential habe und welche beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu ihr passen würden. Die Massnahmen müssten auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten werden, damit eine Arbeitssuche oder Integration gelingen könne. Im Rahmen der Überprüfung der Arbeitsfähigkeit aber habe eine BEFAS-Abklärung

keine Bedeutung. Die Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich medizinisch-theoretisch zu bestimmen. Die an einem Arbeitsplatz gezeigte Leistung sei hierfür nach der Rechtsprechung (gemäss Bundesgerichtsurteil vom 28. Mai 2009, 9C_332/2009) nicht relevant. Denn es sei nicht möglich, den Anteil allfälliger Motivationsmängel von einem willentlich nicht steuerbaren Unvermögen, eine volle Leistung zu erbringen, auszuscheiden. Ähnliches gelte mit Bezug auf die Ausführungen von Schmerztherapeuten, deren Fokus auf die Behandlung von subjektiv geltend gemachten Schmerzen gerichtet sei und wo per se eine Befangenheitssituation bestehe. Vorliegend werde das dadurch verstärkt, dass eindeutige Verdeutlichungstendenzen und eine Krankheitsüberzeugung mit Tendenz zur Selbstlimitierung festgestellt worden seien. Ein organischer Ursprung der Schmerzen habe nicht nachvollzogen werden können und auch psychiatrisch hätten diese nicht begründet werden können. Ernsthafte Zweifel am Gutachten habe der Beschwerdeführer nicht darlegen können. Schliesslich sei zu Recht auf die Mitteilung (sc. vom 20. April 2015) abgestellt worden, denn bleibe eine Mitteilung unangefochten, entfalte sie die gleiche Rechtswirkung wie eine Verfügung. Damals sei letztmals abschliessend über den Gesundheitszustand befunden worden. Am 14. Januar 2020 ist dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) entsprochen worden. Mit Replik vom 18. März 2020 bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, das Gutachten mit den Einschätzungen, die sich ganz wesentlich von denjenigen der langjährig behandelnden Ärzte und Ärztinnen unterschieden, genüge als Entscheidungsgrundlage nicht. Auch die BEFAS-Abklärungen hätten den Nachweis erbracht, dass es nicht zutrefte. Die Beschwerdegegnerin mache nicht geltend, dass eine der Voraussetzungen für den ehemaligen Verfahrensabschluss durch Mitteilung (Leistungen, Forderungen oder Anordnungen, die nicht erheblich oder mit denen die versicherte Person einverstanden sei) erfüllt gewesen sei. In ihrer Duplik vom 7. April 2020 legt die Beschwerdegegnerin dar, den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatteten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangten, sei nach der Rechtsprechung (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 m.H.) im Sinn einer Richtlinie volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprächen. Den Berichten behandelnder Ärzte, handle es sich um Hausärzte oder um spezialärztlich behandelnde Ärzte, komme geringere Beweiskraft zu. Denn es sei eine Erfahrungstatsache, dass sie im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagten. Ausserdem hätten ihre Berichte nicht den Zweck einer objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands, die den abschliessenden Entscheid über Versicherungsansprüche erlaube, und erfüllten deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 14. Oktober 2019. Die Beschwerdegegnerin hat darin dargelegt, sie weise damit das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 19. April 2016 ab. Ein Rentenanspruch bestehe nicht. - Ein erstes Verfahren betreffend ein Gesuch vom 15./17. November 2014 hatte mit der (blossen) Mitteilung vom 20. April 2015 geendet, dass jenes Gesuch - hinsichtlich beruflicher Massnahmen und einer Rente - abgewiesen werde. Gemäss Art. 51 Abs. 1 i.V.m. Art. 49 Abs. 1 ATSG hätte indessen wegen der Erheblichkeit des Gegenstands eine Verfügung ergehen müssen (vgl. auch Art. 58 IVG und Art. 74 ter IVV). Der Mangel macht die Anordnung allerdings nicht nichtig, sondern diese kann dennoch

Rechtswirksamkeit erlangen. Die Rechtsprechung (die für solche gesetzlich nicht ausdrücklich geregelten Sachlagen eine Analogie zu Art. 51 Abs. 2 ATSG zieht, vgl. BGE 134 V 145 E. 5.1) erwartet von einer betroffenen Person im Regelfall, dass sie ein Nichteinverständnis innerhalb eines Jahres erklärt (eine längere Frist kommt allenfalls in Frage, wenn die Person in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschliessenden Entscheid fällen wollen und sei mit weiteren Abklärungen befasst, vgl. BGE 134 V 145 E. 5.3.2). Die vorliegend ergangene Mitteilung enthielt den Hinweis auf die Möglichkeit, eine beschwerdefähige Verfügung zu verlangen (vgl. Art. 51 Abs. 2 ATSG, Art. 74 quater Abs. 1 IVV). Dem (damals noch nicht anwaltlich vertretenen) Beschwerdeführer war gleichzeitig (IV-act. 22) ausserdem telefonisch die Möglichkeit einer Wiederanmeldung erklärt worden, falls es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands oder einer anderen Veränderung komme. Eine anfechtbare Verfügung hat er nicht angefordert. Es ist nach der Aktenlage denn auch vielmehr von seinem damaligen Einverständnis mit der Erledigung auszugehen. Der Entscheid der Beschwerdegegnerin ist daher formell rechtskräftig geworden. Der Beschwerdeführer arbeitete in der Folge bis zum 16. Dezember 2015 wieder bei vollem Pensum an seinem Arbeitsplatz (vgl. IV-act. 38; auch bei der Neuanschreibung vom 19. April 2016 brachte er keine rückwirkende Beanstandung an). Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht das Gesuch vom 19. April 2016 beurteilt. - Berufliche Massnahmen beantragt der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren nicht. Nach Art. 28 IVG besteht der 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 Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, vgl. auch BGE 102 V 165). Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29 ter IVV; Bundesgerichtsurteile vom 16. Februar 2018, 8C_633/2017 E. 3.4, und vom 10. August 2016, 9C_289/2016 E. 3.2). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Die Schaffung dieser Bestimmung hat keine Veränderung des (nämlich in Art. 4 IVG und Art. 28 IVG regelten) Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls mit sich gebracht (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 14. Dezember 2015, 9C_655/2015 E. 4; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Mai 2016, IV 2013/641 E. 1.1). Was zunächst den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, sind sie im Oktober/November 2017 (letzte Untersuchung am 9. November 2017) polydisziplinär und später im August/September 2018 noch bidisziplinär begutachtet worden. Das Gutachten vom 20. Dezember 2017 erging in Kenntnis der Vorakten und weiterer (bei IV-act. 105-10 f. erwähnter) Berichte. Es wurden

in den Teil-Gutachten je die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, namentlich zum bestehenden Leiden, und zu den verschiedenen Aspekten der Anamnese erhoben (mit übersetzenden Personen) und spezialärztliche Untersuchungen durchgeführt. Was im Einzelnen die internistische Begutachtung betrifft, hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer habe erklärt, sich zurzeit eine berufliche Tätigkeit nicht vorstellen zu können, da er nicht lange sitzen, liegen oder gehen könne. Aufgrund der entsprechenden Exploration gab der Gutachter an, keine Erkrankung des Beschwerdeführers erhoben zu haben, weshalb die Arbeitsfähigkeit internistisch nicht als eingeschränkt betrachtet wurde (vgl. IV-act. 105-40). Bei der neurologischen Begutachtung wurde ebenfalls kein zu diagnostizierendes Leiden vorgefunden. Der Beschwerdeführer habe massive Nackenschmerzen beklagt und den linken Arm bei der Untersuchung steif an den Körper angelegt (vgl. IV-act. 105-45). Die HWS sei passiv frei beweglich gewesen. Die angegebene Schmerzausstrahlung über die Oberarmaussenseite bis zum Ellenbogen links entspreche nicht dem Verlauf eines Dermatoms. Sie passe weder zu einer C6- noch zu einer C7-Läsion. Gegen eine Wurzelschädigung spreche auch, dass die Reflexe seitengleich gewesen seien. Es handle sich um pseudoradikuläre Beschwerden. Es hätten sich bei der neurologischen Untersuchung keine Hinweise auf eine Radikulopathie, auf eine Plexusläsion oder auf eine andersartige Nervenschädigung ergeben. Im aktuellen CT der LWS (vom 7. September 2017) zeige sich eine Einengung des Spinalkanals und Beeinflussung der S1, vor allem links. Klinisch neurologisch fänden sich keine Hinweise auf eine S1-Symptomatik links; es bestünden keine Ausstrahlungen ins linke Bein. Der gesamte Neurostatus sei unauffällig (vgl. IV-act. 105-46 f.). Die Gutachterin der Neurologie schloss, seit dem Abklingen der Beinschmerzen gebe es keine Hinweise auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet (vgl. IV-act. 105-47). Bei der (federführenden) orthopädisch-traumatologischen Begutachtung wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule linksbetonte Schmerzen im Schraubenbereich beklagt. Die Rückenschmerzen seien nur im Liegen erträglich (vgl. IV-act. 105-24). Er könne sich zurzeit keine (berufliche) Tätigkeit vorstellen, da er nicht einmal staubsaugen, Wasser aus dem Keller holen oder anderes im Haushalt helfen könne (vgl. IV-act. 105-26). Die Gutachterin der Orthopädie legte dar, das Implantationsmaterial sei intakt und die Stellung der Spondylodese sei nicht verändert gewesen. Es habe lediglich eine lokale Irritation des umgebenden Weichteilgewebes vorgelegen. Aufgrund des erhobenen klinischen und des radiologischen Untersuchungsbefundes würden die Beschwerden des Beschwerdeführers auf diese durch die Spondylodese-Implantate und die Narbenbildung verursachte Irritation zurückgeführt. Sie seien teilweise nachvollziehbar, allerdings nicht im geschilderten Ausmass. Dafür spreche auch die nur bedarfsweise gering dosierte Einnahme von Novalgin. Ausserdem seien sämtliche (fünf genannten) Waddell-Zeichen als Hinweis auf eine nichtorganische Pathologie positiv gewesen (vgl. IV-act. 105-29 f.). Aufgrund der Lumbago wurden eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die angestammte, körperlich mittelschwere Tätigkeit als Eisenleger und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für eine dem Belastungsprofil entsprechende Tätigkeit festgelegt. Aufgrund der im MRI der HWS vom 7. November 2017 abgebildeten Schädigungen wurde des Weiteren eine Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von einer bis zwei Wochen attestiert, ausserdem allenfalls eine diesbezügliche zusätzliche qualitative Einschränkung des Belastungsprofils insofern, als Überkopf-Arbeiten oder andere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Halswirbelsäule nicht geeignet seien (vgl. IV-act. 105-30). Damit wurde der röntgenologisch nachgewiesenen HWS-Diskusprotrusion

und den entsprechenden Beschwerden Rechnung getragen (neurologisch war diesbezüglich kein Bedarf gefunden worden). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe angegeben, aktuell (und seit 14 Tagen) sei ihm wegen der starken Nackenschmerzen keine berufliche Tätigkeit möglich. Davor hätte er sich zugetraut, wieder in seiner bisherigen Tätigkeit zu arbeiten, doch hätten ihm die Chirurgen davon dringend abgeraten. Eine leichte Arbeit traue er sich, wenn die Nackenschmerzen wieder abklängen, zu. In welchem Umfang dies der Fall sei, könne er schlecht einschätzen (vgl. IV-act. 105-52). Der Gutachter der Psychiatrie berichtete, der Beschwerdeführer habe sich themenbezogen (Schmerzen; sich daraus ergebende berufliche Schwierigkeiten) bedrückt gezeigt. Dabei handle es sich um eine im normalpsychologischen Spektrum liegende emotionale Reaktion auf eine körperliche Erkrankung. Eine komorbide Depressionserkrankung habe sich nicht entwickelt. Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung hätten nicht bestanden. Eine psychiatrische Diagnose sei nicht zu stellen. Der Beschwerdeführer sei durch die unsichere berufliche und finanzielle Zukunft belastet. Ressource sei ihm der stabile familiäre Hintergrund. Abgesehen von der derzeitigen Akutsituation sehe er sich durchaus als beruflich leistungsfähig, weshalb insofern keine Diskrepanz zwischen den nichtberuflichen Aktivitätenniveaus und dem beruflichen Bereich bestehe. Die Arbeitsfähigkeit sei psychiatrisch betrachtet nicht vermindert (vgl. IV-act. 105-54 f.). Polydisziplinär wurde festgehalten, körperlich anhaltend mittelschwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Wirbelsäule sollten vermieden werden, um den Gesundheitszustand nicht zu gefährden (vgl. IV-act. 105-15). Die Begutachtung erscheint zunächst insoweit als vollständig. Das am 19. Oktober 2018 erstattete bidisziplinäre Verlaufsgutachten basierte wiederum auf einer Aktenkenntnis und ausserdem auf Untersuchungen vom 28. August und 10. September 2018. Anlässlich der orthopädisch-traumatologischen Verlaufsbeurteilung erklärte der Beschwerdeführer, nun im Schraubenbereich beidseits Schmerzen zu haben, da er im Auftrag des RAV drei Monate lang arbeiten gegangen sei. Die meisten Schmerzen habe er im unteren LWS-Bereich beim Treppensteigen und bei jeder Drehung, inzwischen mehr rechts. Seit dem Vorfall C7 spüre er ein Kribbeln in sämtlichen Fingerkuppen der linken Hand. Zunächst habe er links nicht einmal mehr ein Kilogramm heben können. Inzwischen sei es besser, doch der linke M. trizeps sei immer noch schwächer als der rechte (vgl. IV-act. 136-19). Er habe versucht, zu 20 % zu arbeiten, und habe gesehen, dass das nicht möglich sei. Er könne sich eine Tätigkeit ohne Rückenbelastung zu maximal 40 % vorstellen (vgl. IV-act. 136-21 f.). Die Gutachterin konnte bildgebende Befunde vom 30. August 2018 mitbeurteilen (vgl. IV-act. 136-24 f.). Sie gab an, es habe sich dort ein unveränderter postoperativer Status L5/S1 ohne knöcherne Durchbauung, aber mit intaktem Spondylodese-Material und mit möglicher rezessaler Affektion der S1-Nervenwurzeln dargestellt. Hinweise auf eine Reizung hätten sich bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem paravertebralem Muskelhartspann, seitengleich vorführbaren Gangvarianten und tiefer Hocke, negativen Zeichen nach Lasègue und Bragard sowie seitengleich auslösbaren Patellar- und Achillessehnenreflexen nicht ergeben. Der Untersuchungsbefund der Lendenwirbelsäule sei nahezu identisch gewesen mit jenem vom Oktober 2017 (vgl. IV-act. 136-25), derjenige der frei beweglichen Halswirbelsäule sei regelrecht gewesen. Eine Schmerzausstrahlung in den linken Arm sei nicht beschrieben worden. Die angegebene Hypästhesie sämtlicher Fingerkuppen habe nicht dem Dermatome C7 entsprochen (vgl. IV-act. 136-26). Seit der letzten Begutachtung habe im November 2017 (gemäss IV-act. 124-1 am 14. November 2017) eine PRT C7 links stattgefunden, am

15. Februar 2018 eine Infiltration der HWS im Niveau C6/7 links und Ende Mai 2018 eine Infiltration von BWK2/3 links. Sie hätten Linderung gebracht (vgl. IV-act. 136-27). Dr. B.____ habe schon im Dezember 2017 eine Regredienz der Trizepsparese und der C7-Klinik links beschrieben (vgl. IV-act. 136-26) und am 21. Mai 2018 berichtet, bei HWK 6/7 bestehe kein grosses Problem (vgl. IV-act. 136-27). Es hätten erneut Verdeutlichungstendenzen bestanden (angesichts der - nunmehr - zwei von fünf Waddell-Zeichen). Es scheine eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung mit einer Tendenz zur Selbstlimitierung zu bestehen (vgl. IV-act. 136-28). Bei der psychiatrischen Begutachtung wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe angegeben, wenn er sich nicht körperlich belaste, insbesondere nicht zu lange stehe (Stehen sei bis zu zwei Stunden möglich) und auch nicht zu lange sitze (Sitzen sei bis zu einer halben Stunde möglich), habe er nicht so starke Schmerzen. Halte er diese Belastungsgrenzen nicht ein, nähmen die Schmerzen deutlich zu. Psychisch sei er traurig und frustriert darüber, dass es mit den Schmerzen nicht besser werde. Er habe immer sehr gerne gearbeitet. Ohne die Schmerzen würde er das sofort wieder tun. Dass das nicht möglich sei, belaste ihn sehr, ebenso wie die Sorgen über die weitere soziale und finanzielle Zukunft (vgl. IV-act. 136-40). Er halte eine körperlich sehr leichte Arbeit für sich für möglich (vgl. IV-act. 136-42). Der Gutachter der Psychiatrie erklärte, eine psychiatrische Diagnose sei nicht zu stellen (vgl. IV-act. 136-45). Auch das Ergebnis der Verlaufsbegutachtung erscheint insoweit zunächst plausibel. Der Beschwerdeführer hält das seine Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit betreffende Ergebnis der beiden SMAB-Begutachtungen (von 100 %) jedoch für unzutreffend, weil die behandelnde Ärzteschaft und die zu einer entsprechenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ebenfalls befähigten Fachpersonen der BEFAS zu ganz anderen Schlüssen gelangt seien und auch gemäss dem Bericht über das RAV-Einsatzprogramm lediglich ein Pensum von 20 % machbar gewesen sei. Der ihn behandelnde Neurochirurg Dr. B.____ hat dem Beschwerdeführer denn auch (betreffend eine wie erwähnt hier relevante angepasste Tätigkeit) wiederholt Phasen voller Arbeitsunfähigkeit und von Arbeitsfähigkeit von 20 % attestiert und rechnete langfristig mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % bzw. von maximal 40 %. Dr. E.____ ist ebenfalls von der letztgenannten Annahme (maximal 40 % Arbeitsfähigkeit) ausgegangen. Med. pract. C.____ hat die betreffende Arbeitsfähigkeit nicht festgelegt. Die BEFAS (unter Mitwirkung eines Arztes) hat festgehalten, der Beschwerdeführer habe eine Gesamtleistungsfähigkeit von 50 % erzielen können. Im Bericht über das RAV-Einsatzprogramm schliesslich ist wie vorgebracht berichtet worden, es sei ein Pensum von 20 % möglich gewesen. - Das Zusammentreffen mehrerer vom Gutachten stark abweichender Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen fällt entsprechend ins Gewicht. Es trifft des Weiteren zu, dass namentlich die Einschätzung von Dr. B.____ auf einer Beobachtung des Beschwerdeführers und seines Leidens während eines langen Zeitraums der Behandlung beruht, was einen Überblick ermöglichte, während medizinische Begutachtungen in einem viel kürzeren zeitlichen Rahmen erfolgen müssen (Letztere stützen sich dafür auf eine umfassende Aktenkenntnis). Eine langjährige Betreuung bzw. die Möglichkeit zu einer längeren Beobachtungszeit kann den behandelnden Ärzten einen Vorteil bringen (vgl. dazu Bundesgerichtsurteile vom 9. September 2009, 9C_468/2009 E. 3.3.1, und vom 21. Dezember 2005, 4P.254/2005 E. 4.2, je m.H. auf den Entscheid vom 11. Juni 1997, I 255/96 E. 3a; und Bundesgerichtsurteil vom 17. Dezember 2014, 4A_526/2014 E. 2.4; zur diesbezüglichen Beweiswürdigung allgemein auch Bundesgerichtsurteil vom 23. März 2017, 4A_571/2016 E. 4.2). Allerdings kann auch nicht ausser Acht gelassen werden, dass

ihr Fokus (im Unterschied zu Gutachtern) in erster Linie nicht auf eine möglichst objektive Zumutbarkeitsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit, sondern auf den therapeutischen Aspekt, den Behandlungsauftrag, gerichtet ist (vgl. dazu Bundesgerichtsurteil vom 29. März 2018 8C_733/2017 E. 4.3.3; vgl. auch Bundesgerichtsurteile vom 22. April 2014, 9C_184/2014, und vom 25. Mai 2007, I 514/2006). Sie befinden sich zudem in einer Vertrauensstellung zu ihren Patienten (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 27. August 2008, 8C_588/2007; BGE 125 V 351 E. 3b/cc). - Diese Aspekte sind bei einer Würdigung ihrer Beurteilungen zu berücksichtigen. Massgebend ist insgesamt, dass die fundierte Kenntnis der behandelnden Ärzteschaft vom Sachverhalt bei der Begutachtung nicht unberücksichtigt bleibt (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 25. April 2019, 9C_34/2019 E. 4.1, und 9C_468/2009 E. 3.3.1).
Ergeben sich aus ihren Berichten objektive Anhaltspunkte, die Zweifel am Ergebnis eines Gutachtens erwecken, ist ihnen nachzugehen. Im Einzelnen kann aufgrund der Aktenlage davon ausgegangen werden, dass auch von Seiten der behandelnden Ärzteschaft rein somatisch gesehen (abgesehen von intermittierenden Phasen) keine besonders schwerwiegenden Befunde angenommen werden, hat doch der chirurgisch behandelnde Arzt dafürgehalten, der Beschwerdeführer sei orthopädisch betrachtet wahrscheinlich nicht messbar eingeschränkt. Die Ursache der Arbeitsunfähigkeit liege nicht in seinem diesbezüglichen Zustand, auch nicht betreffend die HWS. Auf Entsprechendes deutet auch der Befund hin, den das Schmerzzentrum am Kantonsspital St. Gallen am 28. April 2017 (IV-act. 97) beschrieben hat. Es legte beim Befund dar, der Zehen- und der Fersenstand seien unsicher und mit einer Asymmetrie zu Ungunsten der rechten Seite erfolgt und das Lasègue-Zeichen sei rechts positiv gewesen, das Gangbild aber regelrecht. Es habe kein motorisches Defizit bestanden und auch die Sensorik sei unauffällig gewesen. Die Schmerzen seien nicht opiatsensibel. In dieselbe Richtung deuten auch die mehrfachen aktenkundigen Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer wenig Schmerzmittel ein- oder sie auch teilweise abgesetzt habe. Dr. E.____ schliesslich hat multilokuläre, chronische gemischt nozizeptiv neuropathische Schmerzen als eigenständige Erkrankung des Beschwerdeführers beschrieben. In Bezug auf die Schmerzsituation des Beschwerdeführers weist Dr. B.____ zu Recht darauf hin, dass für eine stichhaltige Arbeitsfähigkeitsschätzung eine medizinische Gesamtbetrachtung einer versicherten Person und ihrer Beschwerden erforderlich ist. Es ginge denn auch nicht an, einzelne ihrer Leiden zu separieren und je für sich allein als die Arbeitsfähigkeit nicht tangierend zu bezeichnen, wenn sie dies in ihrer Gesamtheit tun. Auch Schmerzleiden (Dr. B.____ nimmt eine somatoforme Schmerzstörung an, vgl. unten E. 7) gehören in die Beurteilung. Der für die Belange der Rechtsanwendung massgebende invalidenversicherungsrechtliche Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist allerdings enger gefasst als das in der Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Eine Abweichung von Arbeitsfähigkeitsschätzungen kann also auch in der Verwendung unterschiedlicher krankheitsbegrifflicher Prämissen begründet sein (vgl. dazu Bundesgerichtsurteile vom 28. Mai 2009, 9C_332/2009 E. 3.3, und vom 15. Januar 2019, 9C_292/2018 E. 5.2.3.2).
Vorliegend kann festgestellt werden, dass weder bei der ersten noch bei der Verlaufsbeurteilung unterlassen worden ist, auch den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu explorieren. Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die danach in der Regel massgeblichen Standardindikatoren werden in zwei Kategorien systematisiert, nämlich einerseits in der

Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Soziale Belastungen etwa, die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, wären danach bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung auszuklammern (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. Mai 2019, 9C_740/2018 E. 5.2.1), und es ist eine Abgrenzung zu reaktivem, invaliditätsfremdem Geschehen aufgrund von psychosozialen Belastungen erforderlich (vgl. dazu bezüglich depressiver Leiden BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Bei den Begutachtungen wurde jeweils wie erwähnt keine psychiatrische Gesundheitsschädigung festgestellt. Der Gutachter der Psychiatrie hat sich anlässlich der Verlaufsbeurteilung, da die Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers organmedizinisch nicht ausreichend erklärbar sei, damit befasst, ob diagnostisch eine somatoforme Schmerzstörung oder etwa psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten vorlägen. Er legte dar, bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung trete der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Für die Diagnose müssten diese schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Gravierende emotionale Konflikte oder psychosoziale Faktoren, die von entscheidender Bedeutung für die Entstehung der Schmerzen sein könnten, seien beim Beschwerdeführer nicht ansatzweise zu erkennen. Die andere Kategorie (psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren) sei zu verwenden, um psychische Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die wahrscheinlich eine wesentliche Rolle in der Manifestation körperlicher Erkrankungen hätten, wie etwa Sorgen, emotionale Konflikte und Erwartungsangst. Auch solche Faktoren lägen nicht vor. Der Gutachter schloss, für eine psychogene Verursachung oder zumindest Mitverursachung gebe es beim Beschwerdeführer keine hinreichenden Hinweise (vgl. IV-act. 136-45). - Nicht ausser Acht gelassen werden kann bei der Würdigung dieser Ausführungen, dass der Beschwerdeführer mit dem Rückenleiden und dem Umstand, dass er seit Ende 2015 nicht mehr in seiner angestammten, seit 17 Jahren ausgeübten, körperlich oft Heben von Gewichten bis 25 kg umfassenden (vgl. IV-act. 38-3) Arbeit, die er immer sehr gern ausgeübt habe, beruflich tätig sein konnte, für ihn Einschneidendes erlebt hat. Der Gutachter der Psychiatrie hat diesen Aspekt und die finanziellen Sorgen allerdings ebenso aufgenommen wie die Ressourcen des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 136-42 und 136-46). Für eine ausreichende Verlässlichkeit seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (die ausschlaggebender ist als die diagnostische Einordnung) spricht ausserdem insbesondere der erhobene und beschriebene Befund, bei welchem keine psychiatrisch bedingten Fähigkeits- und Funktionsstörungen zu verzeichnen waren (vgl. IV-act. 136-43 f. und 136-46). Zu den Standardindikatoren ist zu beachten, dass anlässlich der polydisziplinären (ersten) Begutachtung festgehalten wurde, die Lumbago des Beschwerdeführers sei gering bis mässiggradig ausgeprägt (vgl. IV-act. 105-15). Es hätten Verdeutlichungstendenzen bestanden (vgl. IV-act. 105-16). Das Aktivitätenniveau scheine gering vermindert zu sein; zur eigenen Arbeitsfähigkeitsvorstellung habe der Beschwerdeführer aber verschiedene Angaben gemacht (vgl. IV-act. 105-20). Auch bei der Verlaufsbeurteilung wurde darauf hingewiesen, dass Art und Ausmass der angegebenen Beschwerden durch die Untersuchungsergebnisse nur teilweise nachvollziehbar gewesen seien, und dass wiederum Verdeutlichungstendenzen bestanden hätten. Es scheine eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung mit Tendenz zur Selbstlimitierung zu bestehen (vgl. IV-act. 136-8). Der Gutachter der Psychiatrie hielt bei der Verlaufsbeurteilung auch dafür, die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit (von bei ihm angegebenen lediglich 20 %) scheine zu den Aktivitätenniveaus des Beschwerdeführers in Freizeit und Haushalt diskrepant zu

sein (vgl. IV-act. 136-46). Polydisziplinär wurde darauf hingewiesen, dass sich der Beschwerdeführer zu maximal 40 % arbeitsfähig sehe und sich diesbezüglich direkt auf die Beurteilung seines behandelnden Neurochirurgen beziehe (vgl. IV-act. 136-8 oben, vgl. IV-act. 136-21 f.). Die Selbsteinschätzung lag damit zwar weit von der gutachterlich als zumutbar betrachteten Leistungsfähigkeit (von 100 %) entfernt, sie lag aber teilweise - zumindest was die Angabe einer Arbeitsfähigkeit von 40 % betrifft - bei den Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte. Einer tiefen Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit entsprach allerdings auch das Ergebnis des (später bei der BEFAS vorgenommenen) PACT-Tests (vgl. unten E. 8.2, zu den Standardindikatoren ergänzend auch E. 8.4). Die gutachterlichen Annahmen halten den diesbezüglichen Einwänden demnach stand; das Ergebnis erscheint nachvollziehbar begründet. Die beiden SMAB-Begutachtungen sind in Kenntnis der genannten Einschätzungen der behandelnden Ärzteschaft und deren Grundlagen (sowie des Berichts über das RAV-Einsatzprogramm) ergangen. Es ist nicht ersichtlich, dass in den Gutachten etwas aus den erwähnten ärztlichen Berichten übersehen worden wäre. Das gibt dem Gutachten einen vergleichsweise besonderen, hohen Beweiswert (hieran ändert auch der BEFAS-Abklärungsbericht nichts, der damals noch nicht vorlag, vgl. dazu unten E. 8). Für seinen Standpunkt beruft sich der Beschwerdeführer des Weiteren wie erwähnt auch auf die (zeitlich nach den medizinischen Begutachtungen ergangene) Beurteilung durch die BEFAS-Abklärungsstelle. Bei der Abklärung hat ein Arzt mitgewirkt. Ihr Ergebnis fusst im Weiteren auf einer Basisabklärung mit Tests und Übungen zur Beurteilung schulisch-intellektueller Fähigkeiten, ersten manuellen Arbeitsproben aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und Aufgaben zur Selbsteinschätzung in der ersten Woche sowie auf anschliessenden Einsätzen bei verschiedenartigen handwerklich-praktisch orientierten Arbeiten in den restlichen drei Wochen (Dauer insgesamt 20 Arbeitstage). Es wurde dargelegt, während den Präsenzzeiten von 07.30 bis 11.30 und von 13.00 bis 16.30 Uhr habe der Beschwerdeführer immer wieder schmerzbedingt längere Liegepausen eingeschaltet, in der Regel jeweils vor- und nachmittags je rund eine Stunde. Eine Pause sei auch gemacht worden, nachdem die Arbeitszeit probeweise vorübergehend auf ein Halbtagespensum reduziert worden sei (vgl. IV-act. 184-4). Einerseits wurde im BEFAS-Bericht festgehalten, der Beschwerdeführer sei sichtlich an seine Grenzen gegangen (er habe wiederholt erschöpft gewirkt und sei dabei teilweise schweissüberströmt gewesen) und aus allen Abteilungen sei gemeldet worden, er gebe sein Bestes. Andererseits sei auch darauf hingewiesen worden, dass seine Schmerzklagen und Hinweise auf Medikamenteneinnahmen erheblich und vergleichsweise betont gewesen seien (vgl. IV-act. 184-5). Der Beschwerdeführer habe in den Pausen regelmässig Analgetika in grösseren Mengen konsumiert und dann über Schwindel geklagt. Die Blutdruckwerte hätten jedoch immer im Normbereich gelegen. Im PACT-Test habe er lediglich 26 bzw. 31 Punkte erreicht, was nicht einmal einer leichten, sitzenden Tätigkeit entspreche (vgl. IV-act. 184-10). Wenn dennoch der (volle) tatsächlich in Anspruch genommene Pausenbedarf ohne nähere Begründung mit objektivierenden Aspekten in der Beurteilung anerkannt wurde, stellt das einen Hinweis auf einen massgeblichen Einfluss der subjektiven Darstellung des Beschwerdeführers dar. Die Ergebnisse einer konkreten leistungsorientierten beruflichen Abklärung können zwar rechtsprechungsgemäss durchaus bedeutsam sein (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 28. Mai 2009, 9C_332/2009 E. 3.4, und vom 14. November 2018, 8C_563/2018 E. 6.1.1). Die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung ist jedoch in erster Linie durch die Ärzte, und nicht durch die

Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung, zu beantworten (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 18. Januar 2019, 8C_334/2018 E. 4.2.1, und vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018). Vorliegend bestehen bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung durch die BEFAS (auf 50 %) gewisse Zweifel an einer ausreichenden Objektivierung. Beim ärztlich erhobenen Befund bei Eintritt (IV-act. 184-15) war zwar im BEFAS-Bericht im Unterschied zu den Begutachtungen etwa dargelegt worden, die HWS-Beweglichkeit sei allseits eingeschränkt und die Muskulatur verspannt, der Lasègue beidseits positiv (bei 40°) und der Einbeinstand unsicher gewesen, der Zehen- und Fersengang war aber ohne Befund, die Kraft mit Ausnahme der diskret eingeschränkten Extension des linken Arms symmetrisch und die Reflexe waren ebenfalls symmetrisch gewesen (PSR links nicht sicher auslösbar; ehemals Achillessehnenreflex bei Gegenspannen nicht). Da auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustands im relevanten Zeitablauf geltend gemacht wurde, kann insgesamt überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass auch bei der BEFAS-Abklärung keine relevanten medizinischen Gesichtspunkte erkannt wurden, welche die Zuverlässigkeit der Begutachtungsergebnisse in Frage stellen würden. In Bezug auf den geltend gemachten Eingliederungswillen (bzw. den Aspekt eines ausgewiesenen "eingliederungsanamnestischen Leidensdrucks") des Beschwerdeführers lässt sich auf der einen Seite dem Bericht über das RAV-Einsatzprogramm entnehmen, dass dieser als motivierter Mitarbeiter wahrgenommen worden sei, und gemäss dem BEFAS-Bericht bestand kein Zweifel an seiner Eingliederungswilligkeit. Er verfügt demnach zudem über verschiedene gute persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten wie namentlich über ein gutes Qualitäts- und Ordnungsbewusstsein (vgl. hierzu auch das Arbeitszeugnis IV-act. 116-2). Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang ferner wie erwähnt die Belastung, welcher er infolge des durch das Rückenleiden verursachten Arbeitsplatzverlusts sicherlich ausgesetzt ist. Auf der anderen Seite ist den Akten aber auch zu entnehmen, dass die Krankentaggeldversicherung ihm bereits im Rahmen des ersten Case Managements einen Tätigkeitswechsel empfohlen hat, während der Beschwerdeführer diesbezüglich - nach der Aktenlage zu schliessen - keine entsprechenden Anstrengungen unternahm. Wenn sein Interesse, bei der bisherigen Arbeitgeberin zu verbleiben, dabei auch grundsätzlich verständlich erscheint, wäre dennoch mit der Zeit eine entsprechende Mitwirkung seinerseits in diese Richtung - wenn auch bei nach seiner Auffassung eingeschränkter Arbeitsfähigkeit - zu erwarten gewesen, zumal eine krankheitsbedingte (psychiatrische) Einschränkung der Fähigkeit zur Motivation oder zur Umstellung nicht vorliegt. Zusammenfassend ist, was die dem Beschwerdeführer medizinisch zumutbare Arbeitsleistung betrifft, zunächst für die Zeit der jeweiligen Abklärungen - wenn auch nicht mit Sicherheit, so doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit - auf die Ergebnisse der medizinischen Gutachten abzustellen, der Beschwerdeführer also für adaptierte Tätigkeiten als voll arbeitsfähig zu betrachten. Diese Arbeitsfähigkeit von 100 % kann als auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar betrachtet werden, sind dem Beschwerdeführer doch körperlich leichte bis selten leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule, ohne häufiges Bücken und ohne Überkopf-Arbeiten zumutbar (vgl. IV-act. 136-7). Der hohe Pausenbedarf, den die BEFAS angenommen hat und der nach ihrer Auffassung (welcher jedoch nicht ohne weiteres gefolgt werden kann) gegen eine Verwertbarkeit spricht, ist gemäss den medizinisch gutachterlichen Feststellungen nicht erforderlich. Damit entfällt ein rentenbegründender Invaliditätsgrad für die Zeit der anzunehmenden vollen Arbeitsfähigkeit für adaptierte

Tätigkeiten. Das gilt - bei einem Invalideneinkommen von Fr. 66'803.-- gemäss dem statistischen Durchschnittseinkommen im Jahr 2016 - selbst bei dem vom Beschwerdeführer vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten hohen (aber gemäss IK-Auszug, IV-act. 37, erheblich schwankenden) Einkommen (Maximum bei Fr. 92'710.-- im Jahr 2011; Valideneinkommen gemäss Arbeitgeberbescheinigung vom Jahr 2016 und gemäss angefochtener Verfügung für 2015 Fr. 83'070.--, vgl. IV-act. 196). Im Hinblick auf einen allfälligen zurückliegenden (vorübergehenden) Rentenanspruch ist indessen auch der Sachverhalt in der Zeit vor und zwischen den Begutachtungen zu beachten, wobei allerdings zugleich die formelle Rechtskraft der Mitteilung vom 20. April 2015 zu respektieren ist, die einen Rentenanspruch bis dahin von vornherein ausschliesst.

Angemerkt werden kann diesbezüglich Folgendes: Dem Bericht von med. pract. C.____ vom 26. März 2015 lässt sich zum früheren Sachverhalt entnehmen, dass eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit ab 19. Dezember 2013 eintrat. Während der Zeit vom 1. Februar bis 6. Juli 2014, somit während länger als einem Monat, war der Beschwerdeführer demnach wieder arbeitsfähig (bzw. Arbeitsfähigkeit bis 22. Juni 2014, vgl. Fremd-act. 2-14, Fremd-act. 1-35 und Fremd-act. 1-33), weshalb im Hinblick auf die Erfüllung einer allfälligen Wartezeit von einem Unterbruch (vgl. Art. 29 ter IVV) auszugehen ist. Am 7. Juli 2014 begann eine mögliche weitere einjährige Wartezeit, die ebenfalls nicht erfüllt wurde, weil der Beschwerdeführer ab 10. April 2015 selbst in seiner bisherigen Tätigkeit erneut voll arbeitsfähig war. - Inwiefern die Gutachter mit ihrer retrospektiven Arbeitsfähigkeitsschätzung zumindest sinngemäss die Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 20. April 2015 als offensichtlich unzutreffend erachtet haben sollten, ist nicht ersichtlich. Eine nächste Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit - dieses Mal anhaltend - trat in der Folge am 17. Dezember 2015 auf. In Bezug auf eine adaptierte Tätigkeit wurde gutachterlich erklärt, für die Zeit nach der (operativen) Revision am 23. Februar 2016 (Tag der Revisionsoperation) sei eine volle Arbeitsunfähigkeit bis sechs Monate postoperativ nach der Spondylodese am 9. August 2016, d.h. bis etwa Anfang Februar 2017, nachvollziehbar. Indessen ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass Dr. B.____ echtzeitlich bereits am 2. April 2016 feststellen konnte, es bestünden kaum noch Beinbeschwerden, und dass er deshalb für die Zeit ab 25. Mai 2016 mit dem Wiedererreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit rechnete. Am 11. Mai 2016 berichtete der Arzt zwar dann von unerträglichen Rückenschmerzen des Beschwerdeführers, hielt aber fest, Beinschmerzen seien nicht mehr vorhanden. Am 29. Juni 2016 gab der Arzt an, der Beschwerdeführer komme mit wenig Arzneimitteln zurecht. Am 9. August 2016 nahm er jedoch die Spondylodese vor. Am 16. November 2016 erklärte er schliesslich, es gehe dem Beschwerdeführer nicht wesentlich besser. Beinschmerzen - nach deren Abklingen gemäss dem neurologischen Gutachten retrospektiv kein Hinweis mehr auf eine Einschränkung der diesbezüglichen Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. IV-act. 105-47) - erwähnte er indessen nicht. Vielmehr hielt er fest, die Ursache der Beschwerden sei zurzeit nicht ersichtlich. MRI und Röntgenbild zeigten keine Nervenwurzelkompressionen, keine Schraubenlockerung und ein blandes ISG. Zudem gab er bekannt, der Rückenschmerz des Beschwerdeführers sei immer derselbe gewesen. Das deutet auf einen objektiv damals bereits (und nicht erst ab den Berichten vom 22. Februar 2017) erheblich verbesserten Zustand hin. Schon bei frühestmöglichem Ablauf dieser Wartezeit im Dezember 2016 ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr von einer Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Dass der Beschwerdeführer bis Ende Februar 2017 tatsächlich noch angestellt war, vermag an der

Massgeblichkeit der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (für die Bemessung der Invalidität) zu jenem Zeitpunkt nichts zu ändern, da eine berufliche Neuorientierung aus gesundheitlichen Gründen zu jener Zeit wie erwähnt schon seit längerem (seit 2015, Fremd-act. 3-71) von ihm erwartet worden war (vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 7. April 2016, 9C_783/2015; BGE 139 V 592 E. 2.3). - Im Verlaufsgutachten wurde ferner (nach einer Phase voller Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bis zum 6. November 2017) vom 7. November 2017 bis 18. Dezember 2017 nochmals eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit (wegen der HWS-Schädigung) attestiert. Seither sei der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig (vgl. IV-act. 136-8 f., 136-30, 136-32). - Damit ist in Anbetracht der gesamten Aktenlage nicht von erfüllten Voraussetzungen für einen vorübergehenden Rentenanspruch auszugehen. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig. - Ob der Beschwerdeführer angesichts der hohen, in der Berufstätigkeit erreichten Qualifikation allenfalls einen Anspruch auf Unterstützung durch berufliche Eingliederungsmassnahmen geltend machen könnte, ist vorliegend offen zu lassen. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Der Beschwerdeführer ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihm die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen sind. Zuzufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) am 14. Januar 2020 ist er jedoch von deren Bezahlung zu befreien. Der Staat ist aufgrund der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten seiner Rechtsvertretung aufzukommen. Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel auf Fr. 3'200.-- zu reduzieren. Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es ihm gestatten, kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. Der Staat entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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