

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/327 vom 16. August 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-08-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_327

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/327 du 16 août 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/327 del 16 agosto 2021

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Administrativgutachten. Vorbefassung des orthopädischen Gutachters begründet vorliegend keinen Ausstandsgrund. Beweiskraft des polydisziplinären Administrativgutachtens und der darin für leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigten 75%igen Arbeitsfähigkeit bejaht. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. August 2021, IV 2019/327).

Volltext

Entscheid vom 16. August 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. IV 2019/327 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Christa Rempfler, Falkensteinstrasse 1, Postfach, 9016 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt Mit Verfügung vom 3. Oktober 2013 (IV-act. 6) wies die IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch von A.____ um Kostengutsprache für orthopädische Schuheinlagen vom 13. März 2013 (IV-act. 2) ab. Am 16. August 2015 reichte der Versicherte bei der IV-Stelle das Formular «Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente» ein. Zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung gab er einen am 26. März 2015 erlittenen Bandscheibenvorfall an (IV-act. 7). Der behandelnde Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 8. September 2015, der Versicherte leide an einer Diskushernie L5/S1 mit radikulärem Schmerzsyndrom S1 rechts und sei seit 26. März 2015 für jegliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 13). Vom 17. November bis 17. Dezember 2015 befand sich der Versicherte in den Kliniken C.____ zur stationären Behandlung. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten: 1. ein invalidisierendes lumboradikuläres Restsyndrom S1 rechts mit persistierender Neuropathie mit/bei Status nach Bandscheibenprolaps L5/S1 rechts, Diskushernienoperation am 20. Mai 2015 und Status nach wiederholter PRT und Sakralblockbehandlung, 2. ein Hyperlaxizitätssyndrom und 3. eine Adipositas. Die in der Testsituation gezeigte Belastbarkeit habe nicht der Belastung entsprochen, die der Versicherte in den Therapien gezeigt habe. Es habe sich eine deutliche Symptomausweitung gezeigt. Der Versicherte habe sehr gut von der stationären Rehabilitation profitieren können und fühle sich bereit, die berufliche Tätigkeit wiederaufzunehmen. Für die Dauer des stationären Aufenthalts und bis zum 3. Januar 2016 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 4. bis 25. Januar 2016 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Metallarbeiter (siehe hierzu IV-act. 14-3 oben). Ab dem 26. Januar 2015 könne das Pensum auf 80 % und

nach Rücksprache mit dem weiterbehandelnden Arzt im weiteren Verlauf auf 100 % gesteigert werden (Austrittsbericht vom 4. Januar 2016, fremd-act. 3-2 f.). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 13. Mai 2016 mit, sie werde ihm Beratung und Unterstützung beim Erhalt seines derzeitigen Arbeitsplatzes gewähren (IV-act. 25; zum vereinbarten Eingliederungsplan vom 1./24. April 2016 siehe IV-act. 22). Dessen Arbeitgeberin meldete der IV-Stelle am 25. Mai 2016, der Versicherte sei seit Ende April 2016 bis auf weiteres aufgrund von Rückenproblemen von der Arbeit dispensiert (IV-act. 29; zur von Dr. B. ___ ab 29. April 2016 bescheinigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit siehe dessen Bericht vom 9. Juni 2016, IV-act. 32). Im Auftrag der Krankentaggeldversicherin erstattete Dr. med. D. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 2. Dezember 2016 ein orthopädisches Gutachten, dem eine persönliche Untersuchung des Versicherten vom 21. Oktober 2016 zugrunde liegt. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob Dr. D. ___ eine Lumboischialgie rechts mit Diskushernienresiduum L5/S1 und Narbengewebe mediolateral/foraminal rechts mit potenzieller Kompression der Nervenwurzel S1 rezessal rechts bei Status nach interlaminärer Fensterung L5/S1 rechts mit Sequestrektomie in mikrochirurgischer Technik 05/2015. Bezogen auf die körperlich mindestens mittelschwere angestammte Tätigkeit als Logistiker in einer Metallfabrik bescheinigte Dr. D. ___ ab Oktober 2015 eine 75%ige und zuvor ab Mai 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für leidensangepasste Tätigkeiten habe zwischen Mai und September 2015 im Rahmen der postoperativen Rehabilitation zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab Oktober 2015 eine 75%ige Arbeitsfähigkeit bestanden (fremd-act. 7-1 ff.). Die RAD-Ärztin Dr. med. E. ___, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, gelangte in der Stellungnahme vom 23. Januar 2017 zur Ansicht, auf die Beurteilung von Dr. D. ___ könne abgestellt werden (IV-act. 51). Die IV-Stelle erachtete die Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit des Versicherten als abklärungsbedürftig und teilte ihm am 18. April 2017 mit, sie übernehme die Kosten für eine berufliche Abklärung in den F. ___ Werkstätten vom 1. Mai bis 31. Juli 2017 (IV-act. 62; zum vereinbarten Eingliederungsplan vom 29. März/6. April 2017 siehe IV-act. 58 und zur Taggeldverfügung vom 21. April 2017 siehe IV-act. 65). Im Schlussbericht vom 12. Mai 2017 führte die Abklärungsperson der F. ___ Werkstätten aus, der Versicherte habe am 2. und 3. Mai 2017 über starke gesundheitliche Beschwerden geklagt. Am 5. Mai 2017 habe er um ca. 9:00 Uhr wegen starker gesundheitlicher Beschwerden den Arbeitsplatz verlassen (IV-act. 71). Gleichentags trat er wegen einer exazerbierten Lumboischialgie S1 rechts in die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) ein. Unter der dort angewandten Göttinger-Infusion besserte sich die Schmerzsituation deutlich. Nach deren Beendigung zeigte sich eine gut tolerable Symptomatik, so dass der Versicherte am 9. Mai 2017 wieder aus dem KSSG austreten konnte (Austrittsbericht vom 10. Mai 2017, IV-act. 72-2 f.). Die IV-Stelle ordnete am 19. Mai 2017 den Abbruch der beruflichen Massnahme an (IV-act. 74). Auf der Grundlage einer gemeinsamen Zielvereinbarung vom 12. Juni 2017 (IV-act. 80) gewährte die IV-Stelle dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (Mitteilung vom 13. Juni 2017, IV-act. 81). Die den Versicherten ab 7. Juni 2017 im Schmerzzentrum am KSSG behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten ein chronifiziertes gemischt nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom. Seit 3 bis 4 Wochen klagte der Versicherte zusätzlich über stechende, messerstichartige Schmerzen mittig in der Fusssohle des linken Fusses. Für den 1. Dezember 2017 sei eine Magenbypassoperation geplant (Verlaufsbericht vom 17. November 2017, IV-act. 96). Diese wurde am 12. Dezember 2017

durch Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie, durchgeführt (Operationsbericht vom 12. Dezember 2017, IV-act. 106; siehe auch den Austrittsbericht vom 18. Dezember 2017 über die Hospitalisierung des Versicherten vom 12. bis 16. Dezember 2017, IV-act. 105). Der Versicherte klagte in der Folge über linksseitige Mittelbauchschmerzen. Dr. G.____ diagnostizierte rezidivierende links- bis rechtsseitige Mittel- bis Oberbauchschmerzen (DD: Adhäsionen, Narbenschmerzen, Somatisierungstendenz). Bei fehlender Möglichkeit, die Beschwerden in der Bildgebung zu objektivieren und aufgrund der wechselnden Angaben seitens des Versicherten, müsse nun im weiteren Verlauf entschieden werden, ob eine Revisionslaparoskopie im Hinblick auf den Leidensdruck seitens des Versicherten durchzuführen sei (Bericht vom 19. März 2018, IV-act. 117). Die RAD-Ärztin Dr. E.____ empfahl in der Stellungnahme vom 11. April 2018 eine polydisziplinäre (allgemein-/internistische, neurologische, orthopädische und psychiatrische) Begutachtung des Versicherten (IV-act. 124). Am 16. Mai 2018 wurde dem Versicherten mitgeteilt, dass er sich einer polydisziplinären Begutachtung durch die Sachverständigen der MGSG Medizinisches Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (nachfolgend: MGSG) zu unterziehen habe. Sie orientierte ihn über die Sachverständigen, u.a., dass die orthopädische Begutachtung durch Dr. D.____ erfolgen werde (IV-act. 128; zur Zuteilung des Gutachtenauftrags via SuisseMED@P siehe IV-act. 123). Die polydisziplinären Untersuchungen fanden am 13. und 20. Juni 2018 und die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) am 26. und 27. Juni 2018 statt. Die MGSG-Sachverständigen erhoben als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Lumboischialgie rechts bei mässiger Spondylarthrose und Diskushernie L4/5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 beidseits sowie Diskushernienresiduum und leichte Osteochondrose L5/S1 mit Narbenbildung im Bereich der Nervenwurzel S1 rechts bei Status nach interlaminärer Fenestrierung L5/S1 rechts mit Sequestrektomie im Mai 2015; ein chronifiziertes gemischt nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom im Sinn lumbaler Ausstrahlungsschmerzen S1 rechts und einen Status nach laparoskopischem proximalem Magenbypass am 12. Dezember 2017 mit Verdacht auf Adhäsionen. Die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter in einer Metallfabrik betrage unverändert seit Oktober 2015 25 % bei voller Stundenpräsenz. Bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten verfüge der Versicherte über eine 75%ige Arbeitsfähigkeit. Vom 12. Dezember 2017 bis 31. Januar 2018 habe nach der Magenbypassoperation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestanden (polydisziplinäres Gutachten vom 20. September 2018 [Datum Posteingang IV-Stelle], IV-act. 133, insbesondere IV-act. 133-29 ff.). Die mit der EFL betrauten Abklärungspersonen hielten fest, dass infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar seien. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests gezeigt worden sei (EFL-Bericht vom 28. Juni 2018, IV-act. 133-40 ff.). Die RAD-Ärztin Dr. E.____ vertrat die Auffassung, dass auf das polydisziplinäre MGSG-Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 137; siehe auch die ELAR-Notiz vom 6. Dezember 2018, IV-act. 141). Mit der Begründung, dass sich der Versicherte nicht in der Lage fühle, je wieder zu arbeiten, wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen ab (Mitteilung vom 15. Oktober 2018, IV-act. 140). Sie ermittelte einen 30%igen Invaliditätsgrad und zeigte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 6. Dezember 2018 die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 144). Dagegen erhob der Versicherte am 22. Januar 2019 Einwand und beantragte unter Gewährung eines 15%igen

Tabellenlohnabzugs eine Überprüfung des Invaliditätsgrads. Zudem ersuchte er um Gewährung von beruflichen Massnahmen (IV-act. 149). Auf der Grundlage der Zielvereinbarung vom 3. April 2019 (IV-act. 168) teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 4. April 2019 mit, sie übernehme die Kosten für Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (IV-act. 170). Am 6. Mai 2019 sprach die IV-Stelle dem Versicherten einen Arbeitsversuch als Chauffeur im Betrieb Bäckerei-Konditorei H.____ zu (Mitteilung vom 6. Mai 2019, IV-act. 175; zum Eingliederungsplan vom 3. Mai 2019 siehe IV-act. 173 und zur Taggeldverfügung vom 6. Mai 2019 IV-act. 178). Der Versicherte schloss mit dem Inhaber des Einzelunternehmens Bäckerei-Konditorei H.____ am 30. Juli 2019 einen Arbeitsvertrag als Teilzeit-Chauffeur/Ausläufer für Backwaren mit einem Beschäftigungsgrad von 30 bis 40 % ab. Als Arbeitsbeginn wurde der 1. August 2019 vereinbart (IV-act. 180; zu den von der IV-Stelle gewährten Einarbeitungszuschüssen für die ersten 3 Monate der Anstellung siehe den Eingliederungsplan vom 8. August 2019, IV-act. 181, und die Mitteilung vom 9. August 2019, IV-act. 185). Mit Mitteilung vom 9. August 2019 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen ab, da solche wegen der inzwischen erfolgten Anstellung nicht (mehr) angezeigt seien (IV-act. 184). In der den Einwand ergänzenden Eingabe vom 23. Oktober 2019 beantragte der Versicherte, neu vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Christa Rempfler: 1. Es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. 2. Eventualiter sei eine unabhängige EFL-Abklärung in der Rehaklinik Bellikon durchzuführen. 3. Subeventualiter sei ein aktuelles unabhängiges Gutachten, mit einem Dolmetscher, in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie nach dem Zufallsprinzip einzuholen (IV-act. 192). Die RAD-Ärztin Dr. E.____ gelangte in der Stellungnahme vom 4. November 2019 zur Auffassung, es bestehe kein weiterer medizinischer Abklärungsbedarf, weshalb weiterhin auf das MGSG-Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 193). Am 8. November 2019 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 194). Gegen die Verfügung vom 8. November 2019 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 10. Dezember 2019. Der Beschwerdeführer beantragt darin: 1. Es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. 2. Eventualiter sei eine unabhängige EFL-Abklärung in der Rehaklinik Bellikon durchzuführen. 3. Subeventualiter sei durch das Gericht ein aktuelles unabhängiges Gutachten in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie einzuholen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, die gutachterliche Beurteilung sei nicht beweiskräftig und die Beschwerdegegnerin hätte das polydisziplinäre Gutachten, das gemäss Zufallsprinzip der MGSG und damit wiederum Dr. D.____ zugeteilt worden sei, an eine andere Gutachterstelle per Zufallsprinzip vergeben müssen. Es springe ins Auge, dass Dr. D.____ sein erstes Gutachten habe verteidigen wollen (act. G 1). I.____, «Spezialist IV-Renten» bei der Beschwerdegegnerin, äussert sich in der Stellungnahme Fachbereich vom 14. Januar 2020 zur Kritik an der Person des orthopädischen Gutachters. Seines Erachtens sei nicht ganz von der Hand zu weisen, dass Dr. D.____ in seinem Zweitgutachten «vermutlich schon etwas voreingenommen war». Vielleicht sei es tatsächlich besser, eine unabhängige polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen. Seitens des Fachbereichs werde eine Besprechung erwünscht (IV-act. 200). In der Beschwerdeantwort vom 5. März 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und vertritt im Wesentlichen den Standpunkt, dass das MGSG-Gutachten beweiskräftig sei. Gründe, die einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen würden, lägen nicht vor (act. G 6). In der Replik

vom 3. September 2020 hält der Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde fest und führt u.a. aus, dass auch seitens des Fachbereichs der Beschwerdegegnerin die Beurteilung von Dr. D.____ angezweifelt worden sei (act. G 14). Des Weiteren reicht er weitere Unterlagen ein, darunter u.a. eine Stellungnahme von Dr. B.____ vom 23. Mai 2020. Darin gab dieser an, seit Anbeginn der Rückenkrankheit des Beschwerdeführers hätten erhebliche Diskrepanzen zwischen den objektivierbaren Befunden und dem Schmerzerleben bestanden. Die aktuelle persistierende Leistungseinbusse sei rein schmerzbedingt und nicht funktionell verursacht. Deshalb erwarte er von einem neuerlichen orthopädischen Gutachten keine weiterführenden Erkenntnisse. Dr. B.____ hielt den Beschwerdeführer aufgrund seiner glaubhaften Schmerzsymptomatik höchstens zu 50 % arbeitsfähig bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten (act. G 14.4). Die Beschwerdegegnerin bringt in der Duplik vom 22. September 2020 vor, aus den vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen würden sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse ergeben. Ein Gutachter, der sich zweimal mit der gleichen versicherten Person befasse, sei nicht per se als befangen zu qualifizieren. Auch in der Replik habe der Beschwerdeführer immer noch nicht plausibel dargelegt, aufgrund welcher Umstände Dr. D.____ als Gutachter als befangen erscheine. Bezüglich der Ausführungen seitens des Fachbereichs erwähnt sie, es komme «ab und an leider vor, dass Sachbearbeiter auf eine rasche Abarbeitung der Pendenzen streben und dann den Weg des geringsten Widerstandes gehen, um keine Beschwerde zu provozieren (i.c. wäre es eine erneute Auftragsvergabe gewesen). Die unbedacht in den Raum geworfene Besprechungsnotiz in Form einer Anfrage kann die davor getätigten Abklärungen jedoch nicht einfach aushebeln» (act. G 16). Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu beurteilen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung 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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG

besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Berichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung 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). Zunächst zu prüfen ist die Frage, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif abgeklärt worden ist. Der Beschwerdeführer bemängelt das der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende MGSG-Gutachten in verschiedener Hinsicht. Der Beschwerdeführer rügt, Dr. D.____ sei befangen, da er bereits im Auftrag der Krankentaggeldversicherin ein orthopädisches Gutachten erstellt habe (siehe zum Gutachten vom 2. Dezember 2016, fremd-act. 7) und dieses im Rahmen des von der Beschwerdegegnerin eingeholten polydisziplinären MGSG-Gutachtens habe verteidigen wollen (act. G 1, Rz 7, und act. G 14, Rz 3). Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass ein Ausstandsgrund gegen einen medizinischen Sachverständigen sofort geltend zu machen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Dezember 2020, 9C_15/2020, E. 5.1 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 16. Mai 2018 u.a. mit, dass Dr. D.____ mit der orthopädischen Begutachtung beauftragt werde und der Beschwerdeführer Gelegenheit habe, triftige Einwendungen gegen die vorgesehenen Sachverständigen bis zum 28. Mai 2018 vorzubringen (IV-act. 128), was er jedoch unterliess. Erst nach dem Vorliegen des polydisziplinären Gutachtens und des sich darauf stützenden Vorbescheids vom 6. Dezember 2018 (IV-act. 144) rügte der Beschwerdeführer eine Voreingenommenheit von Dr. D.____ (Einwand vom 22. Januar 2019, IV-act. 149). Ohnehin erweist sich der Vorwurf der Befangenheit von Dr. D.____ als nicht stichhaltig, wie sich aus nachstehenden Erwägungen ergibt. Personen, die im sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren Entscheide über Rechte und Pflichten zu treffen oder vorzubereiten haben, darunter auch Sachverständige, müssen in den Ausstand treten, wenn sie in der Sache ein persönliches Interesse haben oder aus anderen Gründen in der Sache befangen sein könnten (Art. 36 Abs. 1 ATSG). Befangenheit von Sachverständigen ist nach der Rechtsprechung anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in ihre Unparteilichkeit zu wecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Einzelfallunabhängige, allgemein-strukturelle Einwendungen stellen keine

Ausstandsgründe dar. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, die den medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit der Sachverständigen ein strenger Massstab anzusetzen. Die formelle Natur der Verletzung des Anspruchs auf unabhängige Sachverständige führt dazu, dass ein Gutachten, das die erforderlichen Attribute nicht aufweist, als Beweismittel auszuschliessen ist, unabhängig davon, wie es sich mit den materiellen Einwendungen tatsächlich verhält (Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2020, 9C_226/2020, E. 4.1.1 mit Hinweis u.a. auf BGE 144 V 262 E. 2.3.2). In Anbetracht der Bedeutung der Unparteilichkeit von Sachverständigen ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Rechtsdienstmitarbeitende der Beschwerdegegnerin die seitens des Fachbereichs gewünschte interne Besprechung der Frage nach der Befangenheit von Dr. D.____ bzw. die der Anfrage zugrunde liegenden Ausführungen «als unbedacht in den Raum geworfen» bezeichnet und das Arbeitsverhalten des anfragenden Fachmitarbeiters in ein schlechtes Licht rückt («Andererseits kommt es ab und an leider vor, dass Sachbearbeiter auf eine rasche Abarbeitung der Pendenzen streben und dann den Weg des geringsten Widerstandes gehen, um keine Beschwerde zu provozieren», act. G 16). Vielmehr spricht es für eine sorgfältige Arbeitsweise, wenn Mitarbeitende der Beschwerdegegnerin eine einlässliche Prüfung der Frage der (Un-)Voreingenommenheit von Sachverständigen im Rahmen einer bereichsübergreifenden Besprechung anstreben. Dies gilt vorliegend umso mehr, als die seitens des Fachbereichs in den Raum gestellte Möglichkeit einer neuerlichen Begutachtung gerade nicht zu einer Verminderung, sondern einer Erhöhung des Arbeitsaufwands im Verwaltungsverfahren geführt hätte. Bezüglich der vorliegend zu beurteilenden Vorbefassung von Dr. D.____ ist zu beachten, dass sein Erstgutachten von der RAD-Ärztin Dr. E.____ gewürdigt und für beweiskräftig befunden wurde (Stellungnahme vom 23. Januar 2017, IV-act. 51-2). Auch der rechtskundig vertretene Beschwerdeführer führt keine konkreten Mängel am orthopädischen Erstgutachten von Dr. D.____ ins Feld. Dem später von der RAD-Ärztin Dr. E.____ bzw. der Beschwerdegegnerin erkannten polydisziplinären Abklärungsbedarf liegen denn auch keine danach entstandenen Zweifel am orthopädischen Erstgutachten zugrunde. Vielmehr begründete die RAD-Ärztin Dr. E.____ die Empfehlung für eine polydisziplinäre – insbesondere neurologische und psychiatrische – Begutachtung einerseits mit den Erkenntnissen der seit 7. Juni 2017 im Schmerzzentrum am KSSG behandelnden Fachpersonen, die ein chronifiziertes gemischt nozizeptives/neuropathisches Schmerzsyndrom diagnostizierten. Andererseits standen die im Nachgang zur Magenbypass-Operation vom 12. Dezember 2017 rezidivierenden wechselnden Mittel- und Oberbauchbeschwerden des Beschwerdeführers und die hierzu empfohlene allgemein-/internistische Begutachtung im Vordergrund. Die Empfehlung der RAD-Ärztin, im Rahmen der von ihr ohnehin für erforderlich erachteten polydisziplinären Beurteilung auch die orthopädische Fachdisziplin einzubeziehen, liegt in der von ihr erwähnten, im Mai 2017 – und damit erst mehrere Monate nach dem Erstgutachten von Dr. D.____ – exazerbierten Lumboischialgie rechts begründet (Stellungnahme vom 11. April 2018, IV-act. 124-2). Aus diesen Umständen kann darauf geschlossen werden, dass der orthopädische Abklärungsbedarf vor allem den Verlauf des Gesundheitszustands ab Mai 2017 und eine fachorthopädische Würdigung der sich daraus ergebenden Erkenntnisse beschlug. Insoweit beinhaltete der orthopädische Abklärungsbedarf im Wesentlichen eine Ergänzung der bisherigen, für beweiskräftig erachteten orthopädischen Beurteilung von Dr. D.____. Werden die Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. E.____ zum orthopädischen Leidensbild isoliert und losgelöst vom konkreten Abklärungsbedarf in anderen Disziplinen

betrachtet, wäre es denn auch nicht zu beanstanden gewesen, wenn Dr. D. ___ mit einem monodisziplinären orthopädischen Verlaufs- bzw. Ergänzungsgutachten beauftragt worden wäre. Dass vorliegend neu eine allgemein-/internistische, neurologische und psychiatrische Erstbegutachtung mit dem ergänzenden orthopädischen Abklärungsbedarf zusammenfielen, vermag an dieser Betrachtungsweise nichts zu ändern und ist für sich allein auch nicht geeignet, das orthopädische Erstgutachten in Zweifel zu ziehen. Rechtsprechungsgemäss vermag der Umstand der Vorbefassung bei Einholung eines Verlaufs- oder Ergänzungsgutachtens für sich allein nicht von vornherein den Anschein der Befangenheit zu begründen (Urteil des Bundesgerichts vom 24. April 2019, 8C_872/2018, E. 6.1 mit Hinweisen). Aus dem orthopädischen Teilgutachten ergeben sich keine Hinweise, die geeignet sind, Dr. D. ___ als befangen erscheinen zu lassen. Sowohl die sich auf persönliche Untersuchungen stützende Wahrnehmung, dass die orthopädische Erstbegutachtung im Gegensatz zur polydisziplinären Begutachtung noch problemlos ohne Dolmetscherin habe durchgeführt werden können, als auch die Qualifikation dieser Verhältnisse als «nicht nachvollziehbar» (IV-act. 133-8 unten; siehe auch IV-act. 133-9 oben), sind in sachlicher Art begründet worden. Jedenfalls wecken sie nicht den Eindruck einer Voreingenommenheit. Zudem ist nicht erkennbar, dass sich diese Ausführungen zuungunsten des Beschwerdeführers ausgewirkt hätten, da Dr. D. ___ ihnen bei der versicherungsmedizinischen orthopädischen Beurteilung keine Bedeutung zumass, wie sich aus der dort vorgenommenen Konsistenzprüfung ergibt (IV-act. 133-27). Dr. D. ___ liess im Rahmen der Begutachtung mehrere bildgebende Abklärungen (siehe IV-act. 133-10) und eine EFL (IV-act. 133-40 ff.) durchführen. Die damit belegte umfassende Untersuchung des Beschwerdeführers spricht deutlich für eine ergebnisoffene Arbeitsweise. Auch aus dem übrigen orthopädischen Teilgutachten gehen keine konkreten Hinweise hervor, die den Anschein von Befangenheit begründen. Dass Dr. D. ___ im Wesentlichen zu gleichen Schlüssen wie beim Erstgutachten gelangte, ist allein auf den – aus orthopädischer Sicht – gleichgebliebenen Gesundheitszustand zurückzuführen. Weder den Ausführungen des Beschwerdeführers noch den Akten lassen sich Gesichtspunkte für einen aus orthopädischer Sicht seit dem orthopädischen Erstgutachten dauerhaft verschlechterten Gesundheitszustand entnehmen. Insbesondere konnte die im Mai 2017 exazerbierte Lumboischialgie mit der stationären Behandlung in der Klinik für Neurochirurgie am KSSG vom 5. bis 9. Mai 2017 wieder auf eine gut tolerable Symptomatik gesenkt werden. Weitere neurochirurgische Nachkontrollen waren nicht vorgesehen (IV-act. 72-2 f.) und eine objektivierbare Verschlechterung des Bewegungsapparates wurde nicht festgestellt (siehe zu den Ergebnissen der bildgebenden Abklärungen vom 8. Mai 2017 IV-act. 86-19 f., die sich mit den Ergebnissen der MRI-Abklärung der LWS vom 20. Juni 2018 vereinbaren lassen, IV-act. 133-10 Mitte). Dr. B. ___ verneinte ebenfalls einen weiteren orthopädischen Abklärungsbedarf in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2020 (act. G 14.4). Gegen die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung bringt der Beschwerdeführer ausserdem vor, sie sei nicht mit der Einschätzung des Eingliederungsverantwortlichen der Beschwerdegegnerin zu vereinbaren. Dieser habe festgestellt, dass er (der Beschwerdeführer) bei einem Arbeitspensum von 30 bis 40 % schlicht an sein Limit stosse (act. G 14, Rz 4; zu der entsprechenden Aussage des Eingliederungsverantwortlichen vom 9. August 2019 siehe IV-act. 182-8 oben). Diesbezüglich ist einerseits von Bedeutung, dass dem Eingliederungsverantwortlichen die erforderliche medizinische Fachkompetenz zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit oder Belastbarkeit des Beschwerdeführers in einer optimal den Leiden angepassten Tätigkeit fehlt. Andererseits beruht seine Aussage ohnehin

hauptsächlich auf den Leidensangaben und der Leidenspräsentation des Beschwerdeführers, die vorliegend allerdings nicht frei von Diskrepanzen, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen ist (wie sie sich etwa bei Belastbarkeitstests in den Kliniken C.____, fremd-act. 3-9, und anlässlich der im Rahmen der Begutachtung durchgeführten EFL ergeben haben, IV-act. 133-42 unten; siehe zum Ganzen auch nachstehende E. 2.3). Nichts anderes gilt bezüglich der im Feststellungsblatt «Berufliche Massnahmen» am 9. August 2019 gemachten Ausführungen des Sachbearbeiters der Beschwerdegegnerin (IV-act. 183). Aus den vom Beschwerdeführer mit der Replik eingereichten Berichten der behandelnden Physiotherapeutin vom 13. Juni 2020 (act. G 14.3) und von Dr. B.____ vom 23. Mai 2020 (act. G 14.4) gehen keine relevanten objektiven Gesichtspunkte hervor, welche die MGSG-Sachverständigen ausser Acht gelassen hätten. Diese beiden Berichte gehen sodann im Wesentlichen in einer unkritischen Übernahme der Schmerzschilderungen und Leidenspräsentation des Beschwerdeführers auf (die «Aussagen stimmen absolut mit meinen Beobachtungen überein», act. G 14.3; «glaubhafte Schmerzsymptomatik», act. G 14.4). Sie beruhen nicht auf einer erkennbaren Konsistenz- und Ressourcenprüfung mit Diskussion der aktenkundigen und auch von Dr. B.____ bejahten Inkonsistenzen und erheblichen Diskrepanzen (act. G 14.4; IV-act. 133-27 Mitte; IV-act. 133-42 unten und IV-act. 133-83 f.; zu den Hinweisen auf eine Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn siehe IV-act. 133-105 unten; siehe auch den Austrittsbericht der Kliniken C.____ vom 4. Januar 2016, fremd-act. 3-3 und fremd-act. 3-9, worin ebenfalls eine erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz beschrieben wurden). Im Übrigen wies Dr. B.____ ausdrücklich darauf hin, dass von einem weiteren orthopädischen Gutachten keine neuen Kenntnisse zu erwarten seien und eine psychiatrische Ausweitung der Beschwerden nicht vorliege. Damit verneint auch er zumindest einen (weiteren) orthopädischen und psychiatrischen Abklärungsbedarf. Am neurologischen Teilgutachten beschränkt sich seine Kritik auf den Vorwurf, die neurologische Gutachterin habe zwar auf die Schmerzbehandlung am KSSG Bezug genommen, «m. E. jedoch der "negative outcome" zu wenig gewürdigt» (sic; act. G 14.4). Diese nicht näher begründete, sich in einer bloss anderen Würdigung der Schmerzbehandlung erschöpfende Kritik ist nicht geeignet, die zwangsläufig mit einer Ermessensausübung verbundene Beurteilung der neurologischen MGSG-Gutachterin in Zweifel zu ziehen, zumal Dr. B.____ nicht über eine fachneurologische Ausbildung verfügt. Bei der Würdigung des polydisziplinären MGSG-Gutachtens fällt zudem ins Gewicht, dass es auf umfassenden Untersuchungen beruht, die vom Beschwerdeführer geklagten Leiden erfasst wurden, die Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar begründet wurde und sie im Ergebnis einleuchtet. Gestützt darauf ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer – abgesehen von kurzzeitigen Verschlechterungen – seit Oktober 2015 über eine 75%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten verfügt (IV-act. 133-38). Ein weiterer medizinischer Abklärungsbedarf ist folglich zu verneinen. Es verbleibt die Ermittlung des Invaliditätsgrads im Rahmen eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG). Bei der Bestimmung der trotz des Gesundheitsschadens verbliebenen Erwerbsmöglichkeiten (Art. 7 Abs. 1 ATSG) bzw. des Invalideneinkommens (Art. 16 ATSG) kann nicht auf das vom Beschwerdeführer bei einem 30 bis 40%igen Pensum tatsächlich erzielte Einkommen abgestellt werden (Arbeitsvertrag vom 30. Juli 2019, IV-act. 180). Denn er schöpft dabei die ihm bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten medizinisch-theoretisch zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht aus. Deshalb ist mit der Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des

Invalideneinkommens auf den vom Bundesamt für Statistik im Rahmen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelten Medianlohn für Hilfsarbeiter abzustellen. Im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (Art. 29 Abs. 1 IVG) im Jahr 2016 (zur IV-Anmeldung vom 16. August 2015 siehe IV-act. 7) betrug dieser Fr. 66'803.-- (Anhang 2: Lohnentwicklung, IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Wird das von der Beschwerdegegnerin für das Jahr 2015 mit schlüssiger Begründung ermittelte – vom Beschwerdeführer unbestritten gebliebene (vgl. IV-act. 192, act. G 1 und act. G 14) – Valideneinkommen von Fr. 71'059.60 (IV-act. 60 und IV-act. 143-2) an die bis zum Jahr 2016 eingetretene Nominallohnentwicklung von + 0.6% (Bundesamt für Statistik, Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, Männer, 2016) angepasst, resultiert ein Valideneinkommen von aufgerundet Fr. 71'486.-- (Fr. 71'059.60 x 1.006). Der Beschwerdeführer fordert bei der Bestimmung des Invalideneinkommens einen Leidens- und Teilzeitabzug (act. G 1, Rz 7 am Schluss). Ob der Beschwerdeführer die ihm verbliebene 75%ige Arbeitsfähigkeit ganztags oder im Rahmen eines 75%igen Beschäftigungsgrads mit 100%iger Leistungserbringung ausüben kann, spielt für die Frage eines Tabellenlohnabzugs vorliegend keine Rolle. Denn im erstgenannten Fall verneint die bundesgerichtliche Rechtsprechung generell einen Abzugsgrund (siehe etwa Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2019, 8C_395/2019, E. 6.5.2 mit Hinweisen). Demgegenüber wäre im Fall eines reduzierten Beschäftigungsgrads zu berücksichtigen, dass ein solcher in der Bandbreite zwischen 75 und 89 % im Vergleich zu einer vollzeitlichen Beschäftigung (90 % oder mehr) noch nicht zu einer lohnmassigen Benachteiligung führt (siehe hierzu Bundesamt für Statistik, Tabelle T18, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor zusammen, Schweiz 2018, ohne Kaderfunktion, Männer). Da dem Beschwerdeführer immerhin noch «bis mittelschwere» leidensangepasste Tätigkeiten zumutbar sind und bloss «häufige» inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen nicht mehr zugemutet werden können, scheint das verbliebene Spektrum leidensangepasster Hilfsarbeitertätigkeiten nicht in einem Mass eingeschränkt, das erhebliche lohnwirksame Nachteile befürchten liesse. Selbst wenn hierfür ein Tabellenlohnabzug von (höchstens) 10 % gewährt würde, resultierte kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (siehe nachstehende E. 3.3). Der Beschwerdeführer steht ausserdem auch noch nicht im fortgeschrittenen Erwerbsalter, sodass von vornherein keine altersbedingten Lohnnachteile auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG) zu befürchten sind. Andere Gründe, die einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen könnten, sind weder erkennbar noch geltend gemacht worden. Selbst bei der allfälligen Gewährung eines höchstens 10%igen Tabellenlohnabzugs resultieren bei einer 75%igen Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten ein Invalideneinkommen von Fr. 45'092.-- (Fr. 66'803.-- x 0.75 x 0.9), ein Verlust an Erwerbsmöglichkeiten von Fr. 26'394.-- (Fr. 71'486.-- - Fr. 45'092.--) und ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von aufgerundet 37 % (Fr. 26'394.-- / Fr. 71'486.--). Die angefochtene Verfügung ist folglich nicht zu beanstanden. Gemäss vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (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 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen

Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm daran angerechnet.

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