

SO_GERICHTE VSBES.2017.169 vom 19. März 2018

SO Obergericht, 2018-03-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.169_d20180319

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.169 du 19 mars 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.169 del 19 marzo 2018

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 4

4.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 4.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 4.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222). 4.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine diewichtige Grundlage für die Beurteilung

der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 9C_728/2014 vom 7. April 2015 E. 4).

E. 5

5.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

5.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) 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. Ausschlaggebend

für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). 6. Wie bereits in II. E. 2 hiervor erwähnt, ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 29. Mai 2017 (A.S. 1 ff.) das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf Ausrichtung einer Invalidenrente über den 30. September 2016 hinaus zu Recht verneint hat, bzw. ob der Sachverhalt für diesen Zeitraum rechtsgenügend abgeklärt ist. 7. Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant: 7.1 Das am 17. November 2006 durchgeführte Arthro-MRI der linken Schulter beurteilte der Facharzt für Radiologie FMH, Dr. med. I.____, J.____, im Bericht vom 17. November 2006 (IV-Nr. 14) wie folgt: Leichtere degenerative AC-Gelenkveränderungen mit Verdickung der Synovia des AC-Gelenks und leichter Einengung des subacromialen Raumes. Eine eigentliche subacromiale Reizsymptomatik im Sinne einer Bursitis oder einer signifikanten Verdickung der kleinen Ligamenta liege nicht vor. Eine leichte Tendinose zeige die Supraspinatussehne, jedoch ohne Hinweis auf eine Ruptur. Auch kein Nachweis einer Ruptur der restlichen Anteile der Rotatorenmanschette. Intakte Darstellung des Labrums und der Gelenkkapsel. 7.2 Dr. med. K.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, stellte im Bericht vom 27. April 2009 (IV-Nr. 7) folgende Diagnosen: 1. Monosegmentale Diskopathie L5/S1 mit unverhältnismässig hypertrophierten Fazettengelenken - Verdacht auf Dysplasie des Bogens LWK5 als Prädisposition - Aktuell: Klinisch erfolglose konservative Behandlung, relative Indikation zur Stabilisierungsoperation im Alter von gerade 27 Jahren Der Beschwerdeführer habe sich seit knapp zwei Monaten kooperativ einer Physiotherapie unterzogen, ohne dass damit die Belastbarkeit des lumbosakralen Übergangs habe verbessert werden können. Dabei sei zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer heute als Chauffeur sehr schwere Gewichte tragen müsse. Gelernt sei er Landschaftsgärtner, auch dieser Belastung sei der untere Rücken nicht mehr gewachsen gewesen. Dies habe den Beschwerdeführer dazu bewogen, seinen gelernten Beruf aufzugeben und sich als Chauffeur zu betätigen. Der Schwäche am lumbosakralen Übergang liege mit grösserer Wahrscheinlichkeit eine Dysplasie des Bogens LWK5 zugrunde, was die vorzeitige Bandscheibendegeneration L5/S1 begünstigt haben dürfte. Folglich überrasche der therapierefraktäre Verlauf und die fortwährend eingeschränkte Belastbarkeit nicht. Ein stabilisierender wirbelsäulenchirurgischer Eingriff dürfte die Schwäche kurzzeitig beheben, naturgemäss bei fortwährend hohen körperlichen Belastungen zu Nachbarsegment-Komplikationen führen. Der entscheidende Punkt sei die grosse körperliche Belastung, die zwingend reduziert werden müsse. Es seien berufliche Massnahmen vorzusehen. 7.3 Im Bericht vom 27. Februar 2012 (IV-Nr. 90 S. 27) hielt Dr. med. L.____, Facharzt für Neurochirurgie, folgende Diagnose fest: «Facettengelenksaktivierung bei beginnender Degeneration LWK5/SWK1 bei kleiner medianer Diskushernie ohne Neurokompression sowie Adipositas». Der Beschwerdeführer berichte während der Infiltration vom 24. Februar 2012 über starke Lumbalgien, postoperativ bereits Nachlassen der Lumbalgien. 7.4 Im Austrittsbericht vom 19. April 2012 (IV-Nr. 71 S. 1 f.) hielten Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____, Assistenzärztin, betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 16. bis 21. April 2012 folgende Diagnosen fest: 1. Chronifizierte Lumboischialgie bei medialer Diskushernie LWK5/SWK1, linksbetont 2. Adipositas 3. Habituelle Analgetika-Einnahme Nach der mikrotechnischen Fenestration LWK5/SWK1 rechts und PLIF LWK5/SWK1 unter

Neuromonitoring, 3D BV und Navigation am 16. April 2012 (IV-Nr. 71 S. 4 f.) sei ein komplikationsloser peri- und postoperativer Verlauf gegeben. Der Beschwerdeführer sei während des gesamten stationären Aufenthalts kardiopulmonal stabil und afebril gewesen. Nach Einstellung der Analgesie problemlose Mobilisation mit Hilfe der Physiotherapie an Gehstöcken im Ebenen und auf der Treppe. Die Redondrainagen hätten bei geringer Fördermenge am ersten postoperativen Tag entfernt werden können. Der Beschwerdeführer gebe eine deutliche Regredienz der Schmerzen bei Reduktion der radikulären Ausstrahlung ins linke Bein an. Das durchgeführte Kontroll-CT habe eine leicht versetzte, jedoch korrekte Lage der eingebrachten Schrauben gezeigt. Der Beschwerdeführer sei am 21. April 2012 in gutem Allgemein- und Ernährungszustand mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden. Die Fadenentfernung erfolge am 26. April 2012 bei Dr. med. L.____. Die Physiotherapie sei nach dem ersten Kontrolltermin weiterzuführen. Es werde empfohlen, auf stark körperlich belastende Tätigkeiten in den nächsten zwei Wochen zu verzichten. Eine weitere klinisch radiologische Nachkontrolle sei am 29. Mai 2012 vorgesehen. 7.5 Im Bericht vom 2. August 2012 hielt Dr. med. L.____ (IV-Nr. 90 S. 13) aufgrund der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 31. Juli 2012 folgende Diagnosen fest: Segmentdegeneration mit Mikroinstabilität und Facettengelenksüberlastung LWK5/SWK1 linksbezogen mit/bei - Status nach mikrotechnischer Fenestration LWK5/SWK1 rechts und PLIF am 16. April 2012 Als Nebendiagnosen wurden «Adipositas» und «Analgetikaübergebrauch» festgehalten. Es zeige sich aus chirurgischer Sicht ein optimales Ergebnis mit jedoch noch nicht vollständiger Fusion, welche jedoch auch noch nicht unbedingt zu erwarten sei. Daher sei keine weitere Operationsindikation zu stellen. Da der Beschwerdeführer ein deutliches Copingproblem und Analgetikatoleranzentwicklung zeige, habe er diesem empfohlen, weitere konservative Massnahmen, insbesondere eine optimierte und intensive Schmerztherapie zu evaluieren. Ansonsten sei die neurochirurgische Behandlung abgeschlossen. Es seien im Moment keine weiteren Kontrollen geplant. 7.6 Im Austrittsbericht vom 1. November 2012 (IV-Nr. 90 S. 7 f.) stellten Dr. med. N.____, Belegarzt Orthopädie, und pract. med. O.____, Assistenzarzt, Orthopädie, [...], die Diagnose: «Lumbago». Der Beschwerdeführer sei vom 24. bis 30. Oktober 2012 hospitalisiert gewesen. Es sei am 25. Oktober 2012 (recte: 24. Oktober 2012, IV-Nr. 90 S. 5 f.) eine Metallentfernung L5/S1, Débridement bei Verdacht auf Infekt, Revisionsdekompression inkl. Discectomie, Respondylodese intercorporell und posterolateral durchgeführt worden. Der intra- und postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Die postoperativen Schmerzen hätten stets gut kontrolliert werden können. Postoperative antibiotische Abschirmung mit Co Amoxicillin und Rimactan per os. Die Mobilisation sei unter Analgesie und Physiotherapie gut gelungen. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. 7.7 Im Bericht vom 7. Februar 2013 (IV-Nr. 90 S. 2) hielt Dr. med. N.____ folgende Diagnosen fest: - Zustand nach Revisionsspondylodese und Dekompression L5/S1, Oktober 2012 - Generalisiertes Exanthem als Reaktion auf Tegretol - Schmerzexazerbation bei Zustand nach Dekompression und intercorporeller Spondylodese L5/S1, April 2012 - Therapierefraktäre Lumbago mit ischialgieformner Ausstrahlung - Discopathie L5/S1 mit medianer Hernie Der Beschwerdeführer sei nun im Aufbau nach praktisch einer langen Rehabilitation. Die Schmerzen hätten unter Belastung zugenommen, es werde die Anpassung der Schmerzmedikamente empfohlen. Zaldiar werde auf max. 8 pro Tag limitiert, Ponstan gestoppt und mittels Ecofenac 2 x 75 mg ersetzt. Novalgine als

Schmerzreserve. 7.8 Im Bericht vom 27. März 2013 (IV-Nr. 90 S. 1) bestätigte Dr. med. N.____ die bereits im Bericht vom 7. Februar 2013 gestellten Diagnosen (vgl. E. II. 7.7 hiervor) und hielt fest, aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer unter der Physiotherapie im Moment überhaupt keine Verbesserung seiner Schmerzsituation erzielt habe, werde ihm empfohlen, abzuwarten. Die Physiotherapie werde unterbrochen und die Analgesie mit Ecofenac, Zaldiar und neu Lyrica ergänzt. Die Arbeitsunfähigkeit persistiere bis 31. Mai 2013 bei 100 %. 7.9 In der Aktennotiz vom 16. Mai 2013 (IV-Nr. 91) hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, RAD, folgende Beurteilung fest: Aus «rein medizinischer Optik» stelle sich hier primär die Frage, ob in diesem Fall aus einer Mücke ein Elefant gemacht worden sei. Der erste operative Eingriff sei rein aufgrund von Spekulationen erfolgt, dass allenfalls die Diskushernie sowie eine Mikroinstabilität die Beschwerden verursachen könnten, obwohl klinisch wie auch radiologisch keine Hinweise darauf bestanden hätten. Der Eingriff sei durchgeführt worden, obwohl der Operateur vorgängig unsicher über das Resultat gewesen sei und er – notabene – «die Erfolgsaussichten bei dieser chronifizierten Situation und der schlechten Coping-Situation» als weniger gut beurteilt habe. Das Operationsergebnis müsse als sehr schlecht bezeichnet werden: Ein fraglicher Infekt (aus den Akten nicht ersichtlich, ob sich dies bestätigt habe), Lockerungen resp. Instabilität des Materials sowie massive Narbenbildung, welche möglicherweise die eine Nervenwurzel beeinträchtigt habe. Nach dem zweiten Eingriff im Oktober 2012 sei der Verlauf subjektiv wohl ebenso wenig zufriedenstellend, jedoch sei der «objektive» Verlauf seither von weniger Komplikationen geprägt, obwohl der Zeitraum noch zu kurz sei für ein diesbezügliches Fazit. Wie bereits im Bericht des Rheumatologen Dr. med. K.____ vom 27. April 2009 erwähnt worden sei (vgl. E. II. 7.2 hiervor), führe eine operative Stabilisierung eines Wirbelsäulensegments obligat zu einer Mehrbelastung der Nachbarsegmente und somit zu einem schnelleren Fortschreiten einer allfälligen Abnützung (Osteochondrose, Spondylarthrose) in der Umgebung. Langfristig sei eine rein statische Arbeit am Schreibtisch eher suboptimal, da diese möglicherweise die Schmerzentwicklung und «Versteifung» fördere. Eher sollte die Haltung gewechselt werden können und zwischendurch eine gewisse Bewegung möglich sein. Dies sollte der Beschwerdeführer jedoch selber am besten beurteilen können. Nie diskutiert, aber diskussionswürdig erscheine die Frage nach einer psychosomatischen Komponente. Zumindest sei auch im Falle eines organischen «Kerns» der Symptomatik eine Situation eingetreten, in welcher nicht nur die «körperlichen» Ursachen massgebend seien. Sicherlich sei ein derart und fragwürdig operierter Rücken minderbelastbar und eine bleibende Schwachstelle. Andererseits sei eine «Verselbständigung» des Schmerzes auf neurokognitiver Ebene ein bekanntes Phänomen. Aus diesem Blickwinkel sei eine Optik, welche sich weniger mit der Medizin als mit den Lebensressourcen befasse, angebracht. Insbesondere die Fokussierung auf ein «rein körperliches Problem» würde vom Wesentlichen, nämlich dem Umgang mit und trotz den bleibenden Einschränkungen, ablenken und wichtige Ressourcen binden. Sollte das objektive Operationsergebnis langfristig positiv sein, so sei tendenziell von einer rentenausschliessenden Zumutbarkeit für eine Verweistätigkeit auszugehen, natürlich unter Vorbehalt des weiteren Verlaufs und anderer gesundheitlicher Faktoren. 7.10 Die Assistenzärztin P.____ und der Leitende Arzt Spitalhygiene Dr. med. Q.____, Universitätsklinik für Infektiologie, R.____, hielten im Bericht vom 4. Februar 2014 betreffend die letzte Untersuchung vom 31. Januar 2014 (IV-Nr. 109 S. 6 ff.) folgende Diagnosen fest: 1. Verdacht auf Low-grade-Infektion L4/5, L5/S1 bei Status nach multiplen Operationen - 28. August 2013 Revisions-Spondylodese mit Dekompression L4/S1 mit

Infekt-Revision - Nachweis von Propionibacterium acnes - Antibiotikatherapie: - Vancomycin 2 x 1 g vom 28. August - 7. September 2013 - Co-Amoxicillin 3 x 1 g vom 7. September - Ende November 2013 - Oktober 2012 Revisions-Spondylodese und Dekompression L5/S1 - April 2012 chirurgische Dekompression und interkorporelle Spondylodese L5/S1 bei therapierefraktärer Lumbago bei Diskopathie L5/S1 mit medialer Hernie; postoperativ Läsion L5 links > rechts Das Propionibacterium acnes sei von niedriger Virulenz, jedoch im Kontext von Fremdmaterial äusserst schwierig zu eradizieren. Angesichts der durchgeführten Antibiotikatherapie, welche nicht optimal wirksam gegen bakterielle Biofilme sei, und des in situ verbliebenen Fremdmaterials, sei bei unveränderter Schmerzproblematik ein persistierender Low-grade-Infekt sehr gut möglich. Es werde um erneute Bestimmung der Infektparameter gebeten (Leukozyten-Differenzierung, CRP, Blutsenkungsreaktion) und eine erneute MRI-Bildgebung zur Standortbestimmung empfohlen. Sie hätten sich ausserdem erlaubt, mit Dr. med. N.____ direkt Kontakt aufzunehmen. Er erachte die Möglichkeit, das Fremdmaterial in situ in absehbarer Zeit (ab Mai) zu entfernen, als realistisch. Aus infektiologischer Sicht wäre dies im Hinblick auf eine definitive Infektsanierung optimal. Selbstverständlich seien sie sich der Risiken einer erneuten Operation und möglichen drohenden Instabilität bei Entfernung des Fremdmaterials bewusst. Ob jedoch eine rein antibiotische Therapie ohne Fremdmaterialentfernung zur Infektsanierung ausreiche, sei zweifelhaft. Unklar bleibe auch, welchen Anteil der Beschwerden der Infekt ausmache (d.h. seien die Schmerzen mechanisch bedingt, durch Infektion verursacht, oder eine Kombination beider Aspekte). Der Beschwerdeführer sei deutlich darauf hingewiesen worden, dass möglicherweise eine Infektsanierung keine Besserung seiner täglichen Beschwerden zur Folge haben könnte.

7.11 Dr. med. S.____, Radiologie, J.____, hielt aufgrund der MRT der LWS mit MR-Myelographie vom 6. Februar 2014 (IV-Nr. 109 S. 5) folgende Beurteilung fest: Verglichen mit der Voruntersuchung vom 29. April 2013 Verlängerung der hinteren Spondylodese, die jetzt die Segmente L4 bis S1 betreffe. Zustand Implantation einer Bandscheibenprothese in Höhe L5/S1. MR-tomographisch kein Nachweis eines intraspinalen Abszesses. Keine Zeichen einer Osteomyelitis bei chronischem Infekt des Osteosynthesematerials (klinische Mitteilung). MR-tomographisch lediglich Nachweis Kontrastmittel aufnehmender Formationen dorsal der Laminektomien von L4 und L5, die sich nach kranial bis in Höhe der Dornfortsätze von L2 und L3 ausdehnten. Diese Befunde seien gut vereinbar mit postoperativen narbigen Veränderungen. Ansonsten kein Nachweis einer Neurokompression.

7.12 Dr. med. D.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Juni 2014 (IV-Nr. 112 S. 2) fest, aufgrund der schwerwiegenden Rückenproblematik sei klar, dass der Beschwerdeführer die angestammte, als körperlich belastend zu bezeichnende Tätigkeit bleibend nicht mehr ausüben könne. (Die in der Anfrage erwähnte Tätigkeit als Kaufmann sei nicht die angestammte Tätigkeit, sondern diejenige, auf welche er aus gesundheitlichen Gründen umgeschult worden sei. Zuvor habe der gelernte Landschaftsgärtner während mehreren Jahren als Chauffeur gearbeitet.). Schwieriger werde es hingegen in Bezug auf eine Verweistätigkeit. Es empfehle sich daher für eine versicherungsmedizinische Beurteilung die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung mit den folgenden Disziplinen: Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Neurologie.

7.13 Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der E.____ vom 15. Oktober 2014 (IV-Nr. 128.1 - 128.5) hielten Prof. Dr. med. T.____, Chefarzt, Facharzt für Neurologie FMH, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. U.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Dr. med.

V.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. W.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, folgende Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 128.2 S. 33): - Chronische Rückenschmerzen bei chronischem low grade-Infekt und - Epifusioneller Instabilität L4/5 - Status nach Verlängerungsspondylodese L4-S1, Débridement und bilateraler Neurolyse L4-S1, Dekompression, Foraminotomie, Recessotomie L4-S1 - Status nach Revisions-Dekompression, Discektomie L5/S1, Respondylodese, interkorporell posterolateral Oktober 2012 - Status nach Fenestration L5/S1 und Spondylodese April 2012 - Nachweis von Propionibacterium acnes, Antibiotika-Therapie mit Vancomycin 28. August - 7. September 2013, Co-Amoxicillin 7. September - 30. November 2013 Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien: - Adipositas Grad I mit BMI 34,3 kg/m² - Grenzwertige Hypertonie Der Beschwerdeführer habe zuletzt die Tätigkeit eines LKW-Chauffeurs ausgeübt. Eine Umschulungsmassnahme zum Kaufmann B sei bis 2013 erfolgreich absolviert worden. Nach 3 WS-Eingriffen sei der Beschwerdeführer seit August 2013 zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 128.2 S. 39). Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 0 % arbeitsfähig. Dies sei begründet durch die ausgeprägte Funktionseinschränkung der LWS und die therapierefraktären chronifizierten Rückenschmerzen nach drei stabilisierenden WS-Eingriffen (zuletzt Revisionspondylodese mit Dekompression L4-S1, mit Infektrevision nach zwei vorangegangenen neurochirurgischen Dekompressions-Operationen mit interkorporeller Spondylodese L5/S1 und Revisionspondylodese mit Dekompression L5/S1). Die Tätigkeiten als Bürokaufmann aber auch als LKW-Chauffeur seien derzeit nicht leistbar aufgrund des erhobenen Untersuchungsbefundes und der damit verbundenen erheblich eingeschränkten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Er könne nicht länger als 30 min. sitzen und auch nicht lange stehen oder gehen. Das Auf- und Absteigen vom LKW sei aufgrund der Funktionsbehinderung der LWS deutlich eingeschränkt. Be- und Entladetätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg könnten nicht durchgeführt werden. Eine Nachuntersuchung in zwei Jahren werde empfohlen. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe voraussichtlich seit der zweiten Operation am 24. Februar 2012 mit durchgehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit, spätestens jedoch ab August 2013. Derzeit sei von einem instabilen Gesundheitszustand auszugehen, so dass auch eine mittellangfristige Tätigkeit in einer voll adaptierten Tätigkeit in einem zeitlich reduzierten Pensum nicht realistisch erscheine. Auch in einer voll adaptierten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner chronifizierten Schmerzen und Funktionseinschränkung der LWS erheblich eingeschränkt. Da längeres Sitzen nicht möglich sei, wäre allenfalls eine wechselbelastende Tätigkeit überwiegend im Stehen von maximal einer halben Stunde, ohne gebückte, vorgeneigte Haltung, ohne Klettern und Steigen, ohne schweres Heben und Tragen von Lasten bis maximal 5 kg nach Stabilisierung des Gesundheitszustandes medizinisch-theoretisch langsam steigernd bis zu maximal 50 % denkbar (IV-Nr. 128.2 S. 39). Unter Berücksichtigung der oben genannten Spezifikationen sei die Umsetzbarkeit in freier Wirtschaft gegeben. Aus psychiatrischer Sicht sei die sogenannte medizinisch-theoretisch zumutbare Willensanstrengung erfüllt. Therapeutische Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Massnahmen seien: Der Beschwerdeführer solle in ein ambulantes Antichronifizierungsprogramm eingebunden werden. Neben einer Verbesserung der Kondition und der muskulären Situation sollten Coping-Strategien und

Entspannungsverfahren in einem multimodalen Therapieansatz erlernt werden. Eine Rehabilitation in einer psychosomatisch orientierten Klinik mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion und Muskelkräftigung wäre im Hinblick auf die obengenannten Massnahmen sinnvoll, auch zur Vermeidung einer weiteren Schmerzchronifizierung. Die genannten Massnahmen sollten nach einem bestimmten zeitlichen Ablauf circa halbjährlich kontrolliert werden. Eine Nachuntersuchung in zwei Jahren werde empfohlen. Derzeit sei die prognostische Einschätzung durch die chronifizierte Schmerzsituation nur sehr schwer möglich. Unklar bleibe die Rolle der Low-grade-Infektion im Rahmen des FBBS. Auch die Vernarbungen lösten zusätzliche Probleme aus, die langfristig nicht einzuschätzen seien (IV-Nr. 128.2 S. 40).

7.14 Der RAD-Arzt Dr. med. D.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2015 (IV-Nr. 138 S. 2 ff.) folgende Beurteilung fest: Der Beschwerdeführer habe das EFZ als Landschaftsgärtner erworben und spätestens ab 2004 als Chauffeur gearbeitet. Deshalb sei diese Tätigkeit als die angestammte zu betrachten. Jedoch sei dies nur von untergeordneter Bedeutung, weil die Gutachter den Beschwerdeführer als voll und generell arbeitsunfähig beurteilten. Was die Gutachter unter einer «Stabilisierung des Gesundheitszustandes» verstünden, werde mit keinem Wort erläutert. Aus Sicht des Referenten sei dies auch nur eingeschränkt nachvollziehbar, da aus den rein objektiven Befunden, ohne Hinweise für eine Symptomausweitung oder eine somatoforme Schmerzstörung, eine volle Arbeitsunfähigkeit nicht ohne weiteres nachvollziehbar sei. Auch die Argumentation eines «instabilen Zustandes» könne kaum nachvollzogen werden, was u.a. auch der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom Oktober 2014 (S. 3) mache. Dementsprechend sei umso mehr fraglich, was unter einer «Stabilisierung» des Gesundheitszustandes zu verstehen sei. Deshalb sei zumindest die Schlussfolgerung im Gutachten aus versicherungsmedizinischer Sicht nur eingeschränkt nachvollziehbar. Das eingegangene Gutachten sei weder nachvollziehbar noch schlüssig. Die eingegangene Stellungnahme des Beschwerdeführers sei der Gutachterstelle zur Stellungnahme nicht vorzulegen. Aber sie könne mit der u.g. Nachfrage mitgesendet werden. Es könne nicht beantwortet werden, wie die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kaufmann oder in einer Verweistätigkeit aus medizinischer Sicht zu beurteilen sei. Es werde empfohlen, bei der Gutachterstelle (unter Mitsendung dieser RAD-Stellungnahme) mit folgendem Wortlaut rückzufragen: Bitte erläutern Sie, auf welchen objektiven Befunden ihre Beurteilung einer gänzlichen und generellen Arbeitsunfähigkeit beruhe. Falls Sie weiterhin von einem instabilen Gesundheitszustand ausgingen, würden Sie um eine Umschreibung dessen gebeten, resp. anhand welcher objektiver Zeichen (ausser den Schmerzangaben) eine weitere Stabilisierung des Gesundheitszustandes zu erkennen wäre (notabene nach bereits jahrelangen verschiedenen Therapieansätzen). Es sei zu begründen, warum die postulierte Arbeitsfähigkeit von 50 % für eine rückenadaptierte Tätigkeit aus objektiver Sicht nicht zumutbar sei.

7.15 Prof. Dr. med. T.____ und Dr. med. U.____, E.____, führten in ihrem Schreiben vom 28. Januar 2015 (IV-Nr. 140 S. 3 ff.) aus, die objektiven Befunde würden ausführlich im Gutachten dargestellt. Es sei nicht nachvollziehbar, warum diese missachtet würden, es sei denn, dass versucht werde, eine Tendenz durch Rückfragen zu implizieren. Der Beschwerdeführer leide unter chronifizierten Rückenschmerzen nach mikrochirurgischer Fenestration LWK5/SWK1 am 16. April 2012 mit PLIF L5/S1 und einer weiteren Operation am 24. Oktober 2012 wegen einer Pseudarthrose sowie Rezidivhernie L5/S1 mit kompletter Metallentfernung, Revisionsdekompression L5/S1 und Re-Spondylodese LWK4-SWK1. Es sei postoperativ zu einer Wundheilungsstörung gekommen und wahrscheinlich zu einer Low-Grade-Infektion. Schmerztherapie und

anschliessende Rehabilitationsmassnahmen hätten keine Besserung gebracht. Es sei deshalb am 28. August 2013 im R.____ eine dritte Operation durchgeführt worden, Verlängerung der Spondylodese L4 bis S1 wegen epifusioneller Instabilität L4/5. Anschliessend habe der Beschwerdeführer drei Monate lang Antibiotika bis zum November 2013 erhalten. Er sei zuletzt als LKW-Chauffeur tätig gewesen. Er sei umgeschult worden und habe Ende Juli 2013 eine Kaufmannslehre bei der X.____ in [...] abgeschlossen. Auch in diesem Beruf sei er in der Folge zu 100 % arbeitsunfähig aufgrund anhaltender Schmerzen und einer intermittierenden Radikulopathie L5 links. Im MRI einschliesslich Myelographie der LWS vom 6. Februar 2014 hätten sich in der Befundbeurteilung des Radiologen kein Hinweis auf einen interspinalen Abszess und damals auch keine Zeichen einer Osteomyelitis gefunden. «Die Kontrastmittelaufnahme sei vereinbar mit narbig postoperativen Veränderungen von L4-L6». Ein Kontroll-MRI mit Kontrastmittel sei zur Verlaufskontrolle empfohlen worden. Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer daher nicht mehr einsetzbar. Wegen der objektiv vorhandenen Funktionseinschränkungen im Bereich der LWS, der eingeschränkten Beweglichkeit in Inklination, Reklination, in Seit- und Rotationsneigung und der damit verbundenen Einschränkungen des Leistungsbildes bei Tätigkeiten wie Heben und Tragen von Lasten > 25 kg, häufigem Sitzen, sowie Stauch- und Stossbelastungen sei der Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf 0 % arbeitsfähig. Dies sei bereits dem Gutachten bei korrektem Lesen zu entnehmen. Auch die KV-Tätigkeit, zu der der Beschwerdeführer umgeschult worden sei, sei nicht tatsächlich als leidensadaptiert anzusehen. Er benötige eine wechselbelastende Tätigkeit mit einem vermehrten Pausenbedarf. Rein sitzende Tätigkeiten seien von ihm aufgrund der vorliegend beschriebenen Gesundheitsstörungen nicht voll leistbar (siehe auch Gutachten Punkt 8.2.1, S. 50/52). Die letzte sehr ausgedehnte Operation im Jahr 2013 bedürfe eines längeren Heilungsverlaufs. Es sei hier bis zur kompletten vollständigen knöchernen Durchbauung ein zeitlicher Rahmen von ein bis zwei Jahren veranschlagt worden. Unter den vorliegenden pathomorphologischen Veränderungen und unter Berücksichtigung von osteologischen Gesichtspunkten sei der Beschwerdeführer bei der vorliegenden Dekonditionierung nach langjährigem Krankheitsverlauf auch in einer angepassten wechselbelastenden Tätigkeit nicht voll einsetzbar. Es sei schwer zu beurteilen, inwieweit die wahrscheinliche Low-Grade-Infektion damals beherrscht worden sei. Diese scheine auch heute noch zum Zeitpunkt der Untersuchung zumindest klinisch unterschwellig vorhanden zu sein (Überwärmung im Narbengebiet, siehe Status im Gutachten). Laborchemisch sei sie bei einem chronifizierten Prozess nicht immer eindeutig verifizierbar. Die Entzündungsparameter und der klinische Verlauf seien weiter zu kontrollieren und gegebenenfalls mit Hilfe weiterer Diagnostik, wie einer 3-Phasen-Skelettszintigraphie, zu ergänzen. Der Heilungsverlauf werde aus gutachterlicher Sicht als nicht abgeschlossen angesehen. Der Beschwerdeführer bedürfe weiterer physio- und schmerztherapeutischer Behandlungen mit Copingstrategien in einem multimodalen Therapieansatz. Dies möglichst in einer dafür spezialisierten Klinik. Eine 50%ige Arbeitsfähigkeit sei nach vollständiger knöcherner Ausheilung aus orthopädischer Sicht zumutbar bei einer wechselbelastenden rückenadaptierten Tätigkeit. Eine stufenweise Wiedereingliederung werde dann empfohlen.

7.16 In seiner Stellungnahme vom 1. April 2015 (IV-Nr. 145 S. 2 f.) hielt Dr. med. D.____, RAD, fest, die Antworten überzeugten nur eingeschränkt, da auf die wesentlichen Kritikpunkte nicht vollumfänglich eingegangen worden sei. Andererseits sei auch nachvollziehbar, dass bei diesem mehrfach operierten Rücken wesentliche und bleibende

Einschränkungen bestünden und dass diese auch bei körperlich leichten Tätigkeiten zumindest Beschwerden verursachen könnten. Es sei aber weiterhin unklar, welche Befunde nun effektiv als «objektiv» zu werten seien. Letzten Endes seien es die Aussagen des Beschwerdeführers sowie die (auch kooperationsabhängigen)

Bewegungseinschränkungen, welche zur Beurteilung führten. Die Gutachter äusserten zudem, dass die potentielle Arbeitsfähigkeit nach Abschluss des knöchernen Durchbaus nach circa ein bis zwei Jahren zu erreichen sei. Diese ein bis zwei Jahre postoperativ seien inzwischen mehr oder weniger, resp. im Sommer 2015 definitiv erreicht. Erschwerend komme hinzu, dass die orthopädische Hauptdiagnose im Gutachten eine «epifusionelle Instabilität L5/S1» sei, welche insgesamt nicht nachvollziehbar sei, da dieser Bereich zur Fusion gehöre und nicht an diese angrenzend sei. Eine solche möge allenfalls einmal bestanden haben, sei aber derzeit nicht vorhanden. Insgesamt sei davon auszugehen, dass die wesentliche Rekonvaleszenz- und Stabilisierungsphase inzwischen abgeschlossen sei. Von einem weiterhin instabilen Gesundheitszustand zu sprechen, entspreche nicht den Tatsachen. Dementsprechend sei inzwischen auch die Rest-Arbeitsfähigkeit von 50 %, wie sie von der Gutachterstelle prospektiv postuliert worden sei, nun wieder erreicht.

Schlussfolgerung: Das Gutachten sei in seiner Befunderhebung in Ordnung. Die versicherungsmedizinische Aussagekraft sei aber eingeschränkt. Ausserdem sei der postulierte postoperative Verlauf von maximal zwei Jahren inzwischen bald erreicht. Das eingegangene Gutachten sei zusammen mit der Stellungnahme zum Gutachten nun nachvollziehbar und schlüssig. Dies mit den o.g. Einschränkungen und Schlussfolgerungen. Sofern die Tätigkeit angepasst ausgeführt werden könne, d.h. mit Stehpult mit der Möglichkeit zu sitzen und zu stehen, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, am besten halbtags, so dass der zweite Halbtage als Erholungsphase genutzt werden könne. Dies gelte auch für eine Verweistätigkeit. 7.17 Im Schreiben vom 13. Juli 2015 (IV-Nr. 162 S. 2 f.) hielten Prof. Dr. med. T.____ und Dr. med. U.____, E.____, fest, nach der Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sei zur Klärung ein Verlaufsgutachten empfohlen worden. Ein Kontroll-MRI der LWS mit Kontrastmittel sei im Gutachten nach Ablauf eines Jahres empfohlen worden, auch eine Nachuntersuchung. Die klinisch spezialärztliche Untersuchung sei erforderlich, um die Frage zu klären, ab wann eine wechselbelastende rückenadaptierte Tätigkeit zumutbar sei. Aus medizinischer Sicht könne zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit erst nach der aktuellen klinischen und radiologischen Befundung Stellung genommen werden. Das Leistungsprofil des Kaufmanns könne vielfältig sein, auch sein Tätigkeitsbereich. Diese wichtigen Informationen seien ihnen nicht bekannt. Eine ausschliesslich sitzende PC-Arbeit sei nicht leidensadaptiert. Ein höhenverstellbarer Schreibtisch sei sicher sinnvoll. 7.18 Der RAD-Arzt Dr. med. D.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 16. September 2015 (IV-Nr. 166 S. 2) fest, aus medizinischer / versicherungsmedizinischer Sicht stehe weiterhin die Frage im Raum, ob der Gesundheitszustand inzwischen als stabil zu bezeichnen und darum eine inzwischen eingetretene Arbeitsfähigkeit eingetreten sei. Er habe sich in den vorangegangenen Stellungnahmen diesbezüglich bereits geäussert. Dem Schreiben der E.____ vom 13. Juli 2015 (vgl. E. II. 7.17 hiervor) sei zu entnehmen, dass eine Verlaufsbeurteilung empfohlen werde, und zwar nach einem Kontroll-MRI der Lendenwirbelsäule mit Kontrastmittel. Fazit: Er empfehle eine Nachfrage beim Hausarzt, ob das o.g. Kontroll-MRI inkl. Kontrastmittelgabe inzwischen erfolgt sei und den Befund einzufordern. Gleichzeitig empfehle sich eine Nachbeurteilung. Eine solche müsse nicht mehr polydisziplinär, sondern könne bidisziplinär mit den Fachgebieten Neurologie und

Orthopädie erfolgen. Im Anschluss daran sollten auch die versicherungsmedizinischen Fragen abschliessend beurteilt werden können. 7.19 Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, F.____, hielten im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens vom 18. Juli 2016 (IV-Nr. 189) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 22): - Chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom, anamnestisch mit intermittierender Ausstrahlung in beide Beine (ICD-10 M54.5) - Status nach mikrotechnischer Fenestration LWK5/SWK1 rechts und PLIF LWK5/SWK1 unter Neuro-Monitoring am 16. April 2012, nach Implantatentfernung, Revisions-Dekompression und Respondylodese LWK5/SWK1 mit PLIF am 24. Oktober 2012 und nach minutiösem Débridement bilateral mit Neurolyse, Dekompression mittels Foraminotomie und Rezessotomie LWK4-SWK1 bilateral sowie Verlängerungs-Spondylodese LWK4-SWK1 am 28. August 2013 (ICD-10 Z98.1/Z47.0) - postoperativer Verdacht auf low grade-Infekt der Spondylodese, zuletzt ohne diesbezüglich verdächtige Befunde Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: 1. Chronische laterale Kapselbandinstabilität Sprunggelenk beidseits, rechts > links, nach wiederholten Distorsionstraumata (ICD-10 T93.3) 2. Schmerzmittelüberkonsum (Opiate) (ICD-10 F19.1) mit Symptomausweitung Der 1981 in der Schweiz geborene, unverheiratete Explorand habe von 1997 bis 2000 die dreijährige Lehre als Landschaftsgärtner absolviert. Er habe danach bis 2004 auf dem Beruf gearbeitet, sei dann als Lastwagenchauffeur im Vollzeitpensum bis 2009 tätig gewesen. Wegen Rückenproblemen sei es zu IV-unterstützten Umschulungsmassnahmen gekommen, welche schliesslich in die abgeschlossene Umschulung zum Kaufmann B in der X.____ im Juli 2013 geführt hätten. Darauf sollte ein Arbeitsversuch beim Y.____ angetreten werden, welcher wegen einer weiteren Rückenoperation nicht habe durchgeführt werden können. Darauf sei er andauernd arbeitsunfähig geschrieben gewesen. Der Explorand halte sich auch aktuell gemäss seinen Angaben kaum mehr in der Lage, wenigstens 50 % zu leisten. Subjektiv und objektiv im Vordergrund stehe die Rückenproblematik beim Exploranden. Diese sei auftragsgemäss in der aktuellen Untersuchung orthopädisch und neurologisch validiert worden. Diagnostisch könne beim Exploranden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit das chronische lumbosakrale Schmerzsyndrom beschrieben werden. Anamnestisch bestünden intermittierende Ausstrahlungen in beide Beine. Eine aktuelle radikuläre Symptomatik lasse sich nicht feststellen. Die aktuell durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS mit Kontrastmittel und Myelonuntersuchung vom 23. Juni 2016 habe keine Hinweise auf eine protrahierte Infektion der Spondylodese ergeben. Bei insgesamt dreimaligen Voroperationen, mit aktuell unauffälliger postoperativer Situation, bestehe eine deutlich verminderte Belastbarkeit der unteren Wirbelsäule. Dementsprechend seien dem Exploranden keine körperlich schweren und anhaltend mittelschweren Tätigkeiten zumutbar. Dies treffe auf die ursprünglich gelernte Tätigkeit als Landschaftsgärtner wie auch auf die früher einmal durchgeführte Tätigkeit als LKW-Chauffeur zu. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe hingegen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Dies treffe auch auf die neu angestammte Tätigkeit im kaufmännischen Bereich zu. Aufgrund des Status nach dreimaligen Voroperationen mit teilweise begründbaren Schmerzen und erhöhtem Pausenbedarf könne eine Leistungseinbusse von 20 % zuerkannt werden. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab Juni 2016 zu bestätigen, habe wahrscheinlich ein Jahr nach der Operation vom August 2013 so vorgelegen und sei arbiträr auf April 2015 festzulegen. Ebenfalls arbiträr könne in adaptierten Verweistätigkeiten vom August 2014 bis März 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit

angenommen werden. Vorangehend sei die Arbeitsfähigkeit ab August 2013 vorübergehend ganz aufgehoben gewesen. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen sei in den Teilgutachten Stellung bezogen und allfällige Diskrepanzen seien diskutiert worden. Als medizinische Massnahme könne eine bessere Rekonditionierung mit stabilisierenden Übungen mit dem eigenen Körpergewicht gegen die Schwerkraft vorgeschlagen werden. Im Weiteren sollte unbedingt der erhebliche Konsum von opiathaltigen Analgetika reduziert werden, eine Abhängigkeit von denselben sei anzunehmen. Berufliche Massnahmen wären theoretisch durchführbar, der Explorand würde sich auch für das RAV qualifizieren gemäss obigem Tätigkeitsprofil. Die subjektive, negative Selbsteinschätzung stehe jedoch derartigen Massnahmen im Wege. 7.20 Dr. med. N.____ hielt im Bericht vom 28. September 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 3) folgende Diagnosen fest: «Zustand nach Revisions-Spondylodese und Infektsanierung, 28. August 2013; Zustand nach Dekompression und Spondylodese L5/S1, Oktober 2012; Infekt mit Propionibacterium acnes; Chronisches, lumbales Schmerzsyndrom». Der Beschwerdeführer sei von 2007 bis 2014 betreut worden. Dieser habe sich grundsätzlich gegen seine Empfehlung auswärts mittels einer Spondylodese behandeln lassen, die dann effektiv keine wesentliche Verbesserung in seinem Krankheitsbild ergeben habe. Es persistiere ein Schmerz, sekundär gar eine Zunahme der Schmerzen, so dass eine Revision notwendig geworden und ein Propionibacterium acnes nachgewiesen worden sei. Es sei zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer über die gesamte Zeit, seitdem er von 2012 bis 2014 erneut bei Dr. med. N.____ in Behandlung gewesen sei, für eine körperlich schwere und belastende Tätigkeit nicht einsetzbar gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe eine theoretische Arbeitsfähigkeit für leichte, körperliche Tätigkeiten in Wechsellagen, die er aber zwei Jahre nach der letzten Konsultation nicht abschätzen könne. 7.21 Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. D.____, RAD, vom 28. September 2016 (IV-Nr. 198 S. 2), wonach die Stellungnahme der Vertreterin des Beschwerdeführers vom 24. August 2016 (IV-Nr. 195) den Gutachtern zur Beantwortung vorzulegen sei, hielten Dr. med. H.____, Dr. med. G.____, und Dr. med. Z.____, Ärztliche Leitung, F.____, im Schreiben vom 24. Oktober 2016 (IV-Nr. 199) folgendes fest: Bei der Prüfung des Kauergangs gehe es aus orthopädischer Sicht darum, die mechanische Belastungsfähigkeit der unteren Körperhälfte zu prüfen. Um den Exploranden die Angst vor dieser Gangart zu nehmen oder allenfalls bestehende koordinative Unsicherheiten zu reduzieren, strecke ihnen der hier beteiligte orthopädische Gutachter üblicherweise die Hände entgegen, die von einigen Personen daraufhin gefasst würden, von anderen nicht. Die Aussagekraft des Untersuchungsschritts werde durch dieses Manöver aber in keiner Weise gemindert, da es nicht zur geringsten mechanischen Entlastung der unteren Körperhälfte führe, die hier getestet werden solle. Entsprechend sei es auch nicht von Belang, ob diese Hilfestellung dokumentiert werde oder nicht. Sämtliche im orthopädischen Gutachten festgehaltenen cm-Messwerte seien mit einem handelsüblichen Messband verifiziert worden, sofern dies nicht explizit anders erwähnt sei. Dies betreffe namentlich den Finger-Boden-Abstand und das Abheben des Kinns von der Unterlage. Bei der Körpergrösse des Beschwerdeführers werde hingegen klar darauf verwiesen, dass es sich um eine anamnestische Angabe handle (die von ihm selbst stamme) und beim Langsitz werde die Distanz zwischen Fingerspitzen und Malleolen mit «etwa 15 cm» angegeben, was die Vertreterin des Beschwerdeführers dem durchaus geübten Untersucher mit einer Daumen-Zeigefinger-Handspanne von etwa 20 cm hoffentlich auch ohne Messband zutraue. Gleiches wäre auch für die Gradangaben der einzelnen Gelenke angebracht, da wohl nur eine kleine Minderheit von erfahrenen orthopädischen Untersuchern bei der

klinischen Testung für jedes Gelenk ein Goniometer zur Winkelbestimmung verwende. Im Gegensatz zur Ausmessung von Röntgenbildern, die sehr exakt möglich sei, könnte damit zudem rein klinisch ebenfalls nur ein approximativer Wert bestimmt werden. Die periartikulären Weichteile seien gerade an den grossen Gelenken häufig prominent entwickelt und auch in gewissem Mass verschieblich, sodass eine Bestimmung der reinen Gelenkbeweglichkeit auf einzelne Grad genau klinisch kaum möglich sei. Eine solche sei aber auch überhaupt nicht nötig, da es vor allem darum gehe, Differenzen zwischen den beiden Seiten oder relevante Abweichungen in Bezug auf eine Durchschnittspopulation zu erkennen. Dies gelinge dem geübten Untersucher des Bewegungsapparates wiederum problemlos auch ohne den Einsatz von Hilfsmitteln. Es sei festgehalten worden, dass sich anhand der durchgeführten Untersuchungen (klinisch und labormässig) sowie der zur Verfügung stehenden Dokumente und Bildbefunde keine Hinweise für einen Low grade-Infekt ergäben. Wie dies die Vertreterin des Beschwerdeführers richtigerweise festhalte, sei der Nachweis einer derartigen Pathologie in letzter Instanz meist nur über den Weg einer Operation möglich, um eine ausreichende Zahl von Gewebeproben aus dem verdächtigen Gebiet zur labormässigen Aufarbeitung zu erhalten. Entsprechend wirke es für die Gutachter äusserst befremdend, wenn die Rechtsvertreterin ihnen nun vorwerfe, sei hätten diese «besonderen Abklärungen» nicht vorgenommen. Hätte sie ihren Vorwurf nämlich zu Ende gedacht, wäre ihr sicher sofort aufgefallen, dass sie die Gutachter damit konkret aufforderte, den Beschwerdeführer zur ultimativen Infekt-Diagnostik im Rahmen ihrer Begutachtung zu operieren. Nebst dem Umstand, dass sie dafür nicht die ausreichende Infrastruktur zur Verfügung hätten, wären sie sehr erstaunt, wenn der Beschwerdeführer oder seine Vertreterin dafür ihr Einverständnis gegeben hätten. Auch der Beizug eines Infektiologen, wie er von der Vertreterin des Beschwerdeführers verlangt werde, würde an der geschilderten Situation nichts Wesentliches ändern. Solange ein Infekt nicht durch stichhaltige Beweise bestätigt sei, wie sie wahrscheinlich nur auf die oben geschilderte Weise gewonnen werden könnten, vermöchte auch ein Infektiologe dazu nicht in vertiefter Weise Stellung zu beziehen. Auf den reinen Verdacht hin, dass allenfalls ein Infekt vorliegen könnte, könne wiederum auch von infektiologischer Seite her keine plausibel begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Bezüglich des Gangbildes auf der Treppe sei festzuhalten, dass die orthopädische Untersuchung in einem Raum im 1. Stock des Instituts stattgefunden habe, der ausschliesslich über eine Treppe mit 16 Stufen erreichbar sei. Entsprechend könnten Untersuchungen von gehunfähigen Personen auch nicht in diesem Raum durchgeführt werden und man müsste auf den mit Lift erreichbaren 2. Stock ausweichen, was beim Beschwerdeführer aber nicht notwendig gewesen sei. Dass er sich im Nachhinein nicht mehr an die Benutzung der Treppe erinnere, sei für die Gutachter ohne weiteres verständlich, da er sich dabei selbstverständlich vollständig bekleidet bewegt und dies für ihn somit wahrscheinlich nicht mehr zur Untersuchung gezählt habe. Mit diesem Vergessen lasse sich im Gegenzug wiederum ziemlich zuverlässig aufzeigen, dass das Begehen der Treppe nicht nur einfach möglich gewesen sei, sondern wahrscheinlich sogar ohne relevante Beschwerden habe praktiziert werden können, da es ansonsten sicher in (schlechter) Erinnerung geblieben wäre. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit werde auf die Erläuterungen in Abschnitt 3.5 verwiesen, wonach eine kaufmännische Tätigkeit «an den meisten Arbeitsplätzen körperlich leicht bis höchstens intermittierend mittelschwer und auch ein Wechsel der Körperposition (...) üblicherweise möglich» sei. In der heutigen Zeit sei davon auszugehen, dass nur noch eine Minderheit der in diesem Bereich tätigen Personen den ganzen Tag ununterbrochen sitzend

auf dem gleichen Stuhl verbringen müsse. Vielmehr stellten viele Arbeitgeber in der Höhe verstellbare Arbeitsflächen zur Verfügung, sodass auch im Stehen gearbeitet werden könne. Des Weiteren seien immer wieder Botengänge notwendig oder es fänden Besprechungen in anderen Räumlichkeiten statt, wozu der eigene Arbeitsplatz ebenfalls verlassen werden müsse. Nicht zuletzt hätten sie dem Beschwerdeführer eine Leistungseinbusse von 20 % attestiert, womit er zusätzliche Pausen einlegen könne, wie sie Vollzeitangestellten nicht möglich seien. Letztlich sei es aber die Entscheidung der beruflichen Experten, die Eignung eines konkreten Arbeitsplatzes in Bezug auf die festgehaltenen körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers zu prüfen. Dafür hätten sie ja auch zusätzlich noch ein allgemein gültiges Belastungsprofil formuliert. Betreffend die Zeit vor der Begutachtung hätten sie die Arbeitsfähigkeit tatsächlich nur «arbiträr» anhand der vorliegenden Unterlagen und der eigenen Angaben des Beschwerdeführers über den Beschwerdeverlauf festgelegt. Dies entspreche einer bei ihnen üblichen Vorgehensweise, da sie sich nicht anmassen, abschliessend beurteilen zu können, wie der Beschwerdeführer habe arbeiten können, bevor sie den ersten persönlichen Kontakt mit ihm gehabt hätten. Im letzten Satz von Abschnitt 3.6 hätten sie wiederum klar darauf verwiesen, dass sie die Arbeitsfähigkeit «anhand eigener Befunde erst seit dem Zeitpunkt unserer Untersuchungen definitiv bestätigen» könnten. Zu einer begründbaren Veränderung der Beurteilung gemäss dem bidisziplinären Gutachten vom 18. Juli 2016 vermöchten die vorgebrachten Einwände jedenfalls aus medizinischer Sicht nicht zu führen.

7.22 Dr. med. D.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2016 fest (IV-Nr. 201 S. 2), die Gutachter betonten die deutlich verminderte Belastbarkeit der unteren Wirbelsäule. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe hingegen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit, mit einer um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (bedingt durch Schmerzen, erhöhten Pausenbedarf). Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab Juni 2016 zu bestätigen, habe wahrscheinlich ein Jahr nach der Operation vom August 2013 so vorgelegen, sei arbiträr auf den April 2015 festzulegen. Von August 2014 bis März 2015 sei die diesbezügliche Arbeitsfähigkeit auf 50 % festzulegen. Vorangehend sei die Arbeitsfähigkeit ab August 2013 vorübergehend ganz aufgehoben gewesen. Es bleibe zu erwähnen, dass die Replik der Gutachter der E.____ vom 24. Oktober 2016 (vgl. E. II. 7.21 hiervor) die Einwände der Rechtsvertreterin zu entkräften vermöge. Somit seien folgende Arbeitsfähigkeiten ausgewiesen: Für die ursprüngliche (nicht mehr relevante) Tätigkeit als Gartenbauer: 0 %. Für die nun angestammte Tätigkeit im kaufmännischen Bereich: 0 % ab August 2013, 40 % ab August 2014 bis März 2015 (Pensum von 50 %, unter Berücksichtigung der relativen Leistungseinbusse von 20 %), 80 % seit April 2015. Ergänzend sei festzuhalten, dass das Gutachten nachvollziehbar und schlüssig sei. Die Arbeitsfähigkeiten würden nun in dessen Sinne und nicht wie im Vorfeld des Vorbescheids vom 7. Mai 2015 angenommen gelten (damals sei erst ab April 2015 von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen worden).

7.23 Im Rahmen der interdisziplinären Besprechung vom 27. März 2017 (IV-Nr. 206) führten Dr. med. D.____, RAD, eine Vertreterin des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin und eine Fachperson Leistungen der Beschwerdegegnerin aus, der Beweiswert des Gutachtens der F.____ sei gemäss dem RAD gegeben. Eine Oberexpertise sei gemäss dem Rechtsdienst und auch gemäss dem RAD nicht notwendig. Das Gutachten der F.____ genieesse vollsten Beweiswert. Bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit betreffend die Verbesserung sei aufgrund der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu Gunsten des Beschwerdeführers auf den Zeitpunkt der Begutachtung, d.h. auf den 28. Juni 2016 (statt auf den 1. April 2015) zu stützen. Die

Dreiviertelsrente sei somit per 30. September 2016 (und nicht wie im Vorbescheid per 30. Juni 2015) zu befristen. 8. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung vom 29. Mai 2017 zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der F. ___ vom 18. Juli 2015 (vgl. II. E. 7.19 hiervor) abstellt (A.S. 4): 8.1 Das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. H. ___, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. G. ___, Facharzt für Neurologie, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 5.3 hiervor) in allen Punkten gerecht: So wurde der Beschwerdeführer sowohl einer orthopädischen Exploration durch Dr. med. H. ___ (S. 11 ff.) als auch einer neurologischen Untersuchung durch Dr. med. G. ___ (S. 19 f.) unterzogen, womit die durch ihn geklagten Beschwerden berücksichtigt wurden. Weiter wurden am 23. Juni 2016 eine MR-Tomographie der LWS mit Kontrastmittelabgabe und am 27. Juni 2016 Laboruntersuchungen durchgeführt (S. 15) und der orthopädische als auch der neurologische Status / Befund erhoben (S. 13 f., 20 f.). Damit beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Durch das Zusammentragen von sämtlichen erstellten Arztberichten und Schriftstücken in chronologischer Reihenfolge und dem Titel «vorbestehende Unterlagen der IV-Stelle» (S. 5 ff.) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Es ist nachfolgend auf die beiden Teilgutachten der F. ___ einzugehen und zu prüfen, ob die Ausführungen der jeweiligen Gutachter schlüssig und nachvollziehbar sind: Die Beurteilung des Orthopäden Dr. med. H. ___, wonach beim Beschwerdeführer ein unauffälliges Gangbild auf der Treppe und auf ebenem Terrain mitsamt den geprüften Gangarten vorhanden sei (S. 16), vermag aufgrund der beim orthopädischen Status erhobenen Befunde einzuleuchten (S. 13). Demnach sei die Treppe in beiden Richtungen im Wechselschritt begehbar, das Entkleiden sei im Stehen, sowie wiederholte Überkopfbewegungen der Arme und der Einbeinstand seien mit intermittierendem Abstützen jeweils einer Hand, zwischenzeitlich auch ohne Abstützen, möglich. Ein normales Anwinkeln der Beine sei durchführbar. Zudem wurde festgehalten, auf ebenem Terrain sei ein flüssiges, hinkfreies Barfussgangbild, mit unauffälligen Zehen-, Fersen- und Rückwärtsgang und insbesondere ohne Asymmetrien erkennbar, sowie ein vorsichtig wirkendes Einnehmen einer zuletzt tiefen Hocke, und mehrere Schritte im Kauergang ohne erkennbare Asymmetrien und ohne erkennbare Schmerzäusserung (S. 13). Aufgrund dieser erhobenen Befunde überzeugt ferner die weitere Aussage des Gutachters, es sei dabei keine spezifische Schmerzverstärkung aufgetreten (S. 16). So verweise der Beschwerdeführer fast während der gesamten Untersuchung jeweils auf bestehende linksseitige lumbosakrale Schmerzen, ohne dass dabei ein konkreter Bezug zu den gerade durchgeführten Untersuchungsschritten erkennbar werde. Diese Feststellung erscheint plausibel, da der orthopädische Experte anlässlich der durchgeführten Untersuchungen bspw. bei den Knien beidseits, im linken und rechten Fuss, in der rechten Schulter, sowie an den Händen beidseits, weder einen erkennbaren lokalen Bewegungsschmerz noch erkennbare Druckdolenzen feststellen konnte (S. 14). Weiter führte der Gutachter aus, dass zwar die Bewegungen des Rumpfes vorsichtig durchgeführt würden, aber sich letztlich nur Einschränkungen bei der Inklination ergäben, die aber zumindest teilweise auf die verkürzte ischiokrurale Muskulatur zurückzuführen seien. Reklination, Rotation und Seitneigung seien hingegen trotz der dabei angegebenen Beschwerden nicht wesentlich reduziert (S. 16). Gestützt auf die im bildgebenden Verfahren am 23. Juni 2016 (S. 15) mittels MR-Tomographie der LWS mit Kontrastmittelgabe u.a. objektivierten Befunde, wonach eine nicht aktivierte bilaterale Spondylarthrose LWK3/4 bis LWK5/SWK1 vorliege, erscheint die Darlegung von Dr. med. H. ___ schlüssig, wonach diese eine deutlich

reduzierte postoperative Aktivität zeige, was auf einen objektiv günstigen Heilungsverlauf hindeute (S. 16 unten). So ergäben sich namentlich keine Hinweise auf ein Infektgeschehen mit Spondylodiszitis oder pathologischer Kontrastmittelanreicherung im Spinalkanal oder in den paraspinalen Weichteilen. Weiterhin zeigten sich keine Hinweise auf eine Einengung des Spinalkanals oder der Neuroforamina mit Kompromittierung neuraler Strukturen. Diese Befunde qualifizierte der orthopädische Gutachter in nachvollziehbarer Weise sodann zusammenfassend als «unauffällige Bilddokumente» (S. 17). Zu den durch den Beschwerdeführer anlässlich der Exploration gemachten Ausführungen (S. 12), wonach er an guten Tagen mit weniger Beschwerden versuche, sich körperlich zu betätigen und hierzu konkret das Ausmisten des Kaninchenstalls oder Arbeiten im Haushalt wie bspw. das Staubsaugen erwähnte, führte der orthopädische Sachverständige aus, es sei zwar nachvollziehbar, dass es nach diesen Aktivitäten zu vermehrten Beschwerden komme, die aber am besten durch eine nicht optimal konditionierte Rumpfmuskulatur erklärbar seien und nicht durch pathologische Befunde an den osteoartikulären Strukturen (S. 17). Diese Beurteilung vermag einzuleuchten, da der Gutachter die festgestellten Einschränkungen bez. der Inklination der Bewegungen des Rumpfes zumindest teilweise auf die verkürzte ischiokrurale Muskulatur zurückführte (vgl. oben). In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. G. ___ ist festzuhalten, dass aufgrund des erhobenen neurologischen Status mit weitgehend unauffälligen Befunden (S. 20) nachvollziehbar ist, wenn der Neurologe den neurologischen Status als «regelrecht ausfallend» qualifizierte und ausführte, es fänden sich keine trophischen, Reflex- oder motorischen Ausfälle (S. 21). Die festgestellte, diskrete Hypästhesie über der Grosszehe links könnte Ausdruck eines residuellen sensiblen Syndroms L5 sein, falle aber funktionell nicht ins Gewicht. Diese gutachterliche Einschätzung vermag zu überzeugen, da der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter betreffend die Grosszehe einzig angab, es persistiere eine Hypästhesie an der Grosszehe links (S. 20). Von weiteren Beeinträchtigungen diesbezüglich war indes nicht die Rede. Aufgrund der im Rahmen der Exploration durch den Beschwerdeführer als «Hauptproblem» angegebenen Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich (S. 19) sowie den eingenommenen Medikamenten (MST, Aurorix 600 mg täglich, Morphinum Tropfen, Nikotin: eine Pfeife pro Monat, Alkohol: selten ein Bier, S. 20) und der erwähnten Neigung zu Verstopfungen, Problemen beim Wasserlösen und häufiger Müdigkeit (S. 20), leuchtet ein, wenn der neurologische Gutachter darlegte, es sei mit diesen Angaben nicht kongruent, dass der Beschwerdeführer mit dem Auto hierher zur Untersuchung gefahren sei und überhaupt am Strassenverkehr teilnehme. In diesem Zusammenhang überzeugt denn auch die gestellte Diagnose eines «Schmerzmittelüberkonsums (Opiate) nach ICD-10 F19.1 mit Symptomausweitung». Als weitere Inkonsistenz hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer schildere einerseits eine vita minima mit viel Hinlegen und Fernsehen und zeige sich von seinen Limitierungen überzeugt. Andererseits biete er bei der Untersuchung Hinweise für eine bewusstseinsnahe Symptomausweitung, wie das diskrepante Verhalten beim Prüfen des Lasègue-Zeichens ergebe (S. 21). Diesen Ausführungen kann aufgrund der Schilderungen des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. G. ___ und den erhobenen neurologischen Befunden gefolgt werden. So sei der Lasègue unter Ablenkung negativ gewesen, bei expliziter Prüfung seien jedoch beidseits bei 45 - 50 % starke Schmerzen angegeben worden (S. 20 f.). 8.2 Zusammenfassend kann dem bidisziplinären Gutachten der F. ___ vom 18. Juli 2016 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden. 8.3 Nachfolgend ist sodann zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens durch die übrigen medizinischen Berichte allenfalls geschmälert wird. Dabei ist

zunächst auf das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. H.____ (vgl. E. II. 8.4 hiernach) und anschliessend auf das rheumatologische von Dr. med. G.____ (vgl. E. II. 8.5 hiernach) einzugehen: 8.4 8.4.1 In Bezug auf die Berichte des Orthopäden Dr. med. N.____ vom 1. November 2012, 7. Februar und vom 27. März 2013 (vgl. E. II. 7.6, 7.7 und 7.8 hiervor) kann festgehalten werden, dass sich der Gutachter Dr. med. H.____ in seinem orthopädischen Gutachten nicht vertieft mit diesen auseinandergesetzt hat. Dies ist auch nicht zu beanstanden. Denn die drei Berichte von Dr. med. N.____ enthalten im Wesentlichen eine Darlegung der erfolgten operativen und konservativen Massnahmen. So wurde im Bericht vom 1. November 2012 von der Metallentfernung L5/S1 am 24. Oktober 2012 und dem anschliessend komplikationslosen Verlauf mit erfolgter Mobilisation unter Analgesie und Physiotherapie berichtet. Entsprechend verhält es sich auch in Bezug auf die beiden anderen Berichte. So ist dem Bericht vom 7. Februar 2013 zu entnehmen, dass die Schmerzen unter Belastung zugenommen hätten und die Schmerzmedikamente angepasst werden sollten. Aus dem Bericht vom 27. März 2013 geht sodann hervor, dass der Beschwerdeführer unter Physiotherapie keine Verbesserung der Schmerzsituation habe erzielen können, weshalb diese unterbrochen und die Analgesie ergänzt würden. 8.4.2 Eingehend auf das orthopädische Teilgutachten im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung der E.____ von Dr. med. U.____ vom 27. August 2014 (vgl. E. II. 7.13 hiervor, IV-Nr. 128.1 S. 17 ff.) führte Dr. med. H.____ aus (IV-Nr. 198 S. 18), im Vergleich zur damaligen Untersuchung präsentierten sich heute verschiedene klinische Befunde deutlich besser. Dies kann aufgrund der anschliessend aufgeführten Beispiele nachvollzogen werden. So könne der Einbeinstand mittlerweile während 15 Sekunden gehalten werden, während dieser im August 2014 noch als unsicher beschrieben worden sei. Der Beschwerdeführer habe damals auch nicht vermocht, eine Hocke korrekt einzunehmen, die heute problemlos wirke, da er anschliessend sogar einen Kauergang habe durchführen können. Der Einwand, dies sei nur mit Unterstützung durch den Gutachter möglich gewesen (IV-Nr. 195 S. 1), wird in der Stellungnahme vom 24. Oktober 2016 (IV-Nr. 199) überzeugend entkräftet. Die Beweglichkeit des Rumpfes sei dagegen in etwa vergleichbar wie damals und auch die dabei geäusserten Schmerzen seien wenig different. Diese gutachterlichen Ausführungen erweisen sich unter Heranziehung der klinischen Ergebnisse anlässlich des orthopädischen Teilgutachtens durch Dr. med. U.____ vom 27. August 2014 als korrekt. So beurteilte sie damals den durchgeführten Einbeinstand als «unsicher» (IV-Nr. 128.2 S. 17). In Bezug auf die Hocke führte sie zudem aus, die Hockstellung könne wegen Rückenschmerzen nur bis maximal 70 ° Flexion eingenommen werden, wobei die Wirbelsäule in Streckhaltung gehalten werde (IV-Nr. 128.2 S. 18). Gemäss Dr. med. H.____ seien auf den damals zur Verfügung stehenden Bilddokumenten die postoperativen Veränderungen nach dem Eingriff vom August 2013 naturgemäss noch besser sichtbar gewesen als heute, wie dies einem zu erwartenden Verlauf entspreche (IV-Nr. 189 S. 18). Auch diese allgemeine Einschätzung lässt sich unter Heranziehung der im Teilgutachten vom 27. August 2014 durchgeführten Röntgenuntersuchung (IV-Nr. 128.2 S. 19) verifizieren. So erweist sich die damalige Beurteilung der Röntgenbefunde als wesentlich detaillierter umschrieben als jene im Teilgutachten von Dr. med. H.____. So wurde bspw. aufgrund der Röntgenaufnahmen vom August 2014 festgehalten, dass eine «orthotope Position der transpedikulär verlaufenden Spondylodeseschrauben mit posterioren Stabilisierungsstreben auf Höhe LWK4-SWK1 ebenso wie des intercorporellen Cages auf Höhe LWK5/SWK1» gegeben seien. Und «maximal bis zu 3,8 mm auf Höhe SWK1 resp. 4,9 mm auf Höhe LWK5 die Wirbelkörpervorderkante überragende Schrauben» feststellbar

seien. Im Rahmen des orthopädischen Teilgutachtens führte Dr. med. H. ___ diesbezüglich u.a. aus, es seien «intakte Wirbelkörper der LWS mit regelrechtem Hinterkanten-Alignment im Liegen bei bekannter Hyperlordose» gegeben. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. H. ___ aus, die Gutachter seien damals (2014) zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer die ursprüngliche Tätigkeit als LKW-Chauffeur nicht mehr durchführen könne. Dies stimme mit seinen Einschätzungen überein. Im Weiteren sei auch festgehalten worden, dass körperlich leichte Tätigkeiten nicht möglich seien, wofür in erster Linie auf die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden verwiesen worden sei. Eindeutig objektivierbare pathologische Befunde, die eine derart hochgradige Einschränkung begründen könnten, seien in der Leseart des Gutachtens allerdings nicht erkennbar. Die Angabe, dass zum damaligen Zeitpunkt nach dem im August 2013 erfolgten letzten Eingriff noch kein Endzustand erreicht sei, könne zwar prima vista noch als einigermaßen plausibel nachvollzogen werden. Diese Einschätzung sei jedoch schon bald vom Exploranden selbst in Abrede gestellt worden, indem er in einem Schreiben vom 30. Oktober 2014 darauf verwiesen habe, dass sich sein Zustand seit dem Eingriff vom August 2013 überhaupt nicht verbessert habe. Dies bestätige er auch heute noch, indem er von weitestgehend unveränderten Beschwerden spreche. Diese Ausführungen lassen sich durch das Schreiben des Beschwerdeführers vom 30. Oktober 2014 (vgl. IV-Nr. 131), in welchem er darlegte, sein Zustand habe sich seit der letzten Operation vor über einem Jahr nicht mehr gebessert und die Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. H. ___, wonach weiterhin anhaltende Beschwerden vorhanden seien, die sich bis heute nicht wesentlich verändert hätten (IV-Nr. 189 S. 15), belegen. Aufgrund der vorangehenden Ausführungen und der klinisch verbesserten Befunde, ist nachvollziehbar, dass sich gemäss dem orthopädischen Experten im Teilgutachten der F. ___ heute eine Arbeitsfähigkeit rechtfertigen lasse (IV-Nr. 189 S. 18). Damit vermag das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. U. ___ die beweismässigen Ausführungen, Befunderhebung und Diagnosestellung durch Dr. med. H. ___ nicht zu erschüttern. Dies gilt auch in Bezug auf die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit. Wie bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 19. März 2016 (IV-Nr. 183) festgehalten wurde, war das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. U. ___ diesbezüglich nicht überzeugend, so dass eine Abklärungslücke bestand, welche mit der bidisziplinären Begutachtung geschlossen werden musste. 8.4.3 Folglich ist dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. H. ___ im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens der F. ___ voller Beweiswert zuzusprechen. Daran vermag im Übrigen der Bericht von Dr. med. N. ___ vom 28. September 2016 (vgl. E. II. 7.20 hiervor) nichts zu ändern. So stützen sich seine Ausführungen im Wesentlichen auf die Zeitperiode von 2007 bis 2014, in welcher er den Beschwerdeführer behandelt hat. Eine aktuelle Untersuchung hatte indes nicht stattgefunden. Somit ist ein – wie vom Beschwerdeführer beantragt (A.S. 12) – neu durchzuführendes monodisziplinäres orthopädisches Gutachten nicht erforderlich. Denn es ist nicht ersichtlich, inwiefern ein solches weitere relevante Angaben in Bezug auf den vorliegend zu klärenden Sachverhalt liefern könnte. 8.5 8.5.1 Das durch den neurologischen Gutachter diagnostizierte «lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)» (IV-Nr. 189 S. 21) ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nachvollziehbar und erscheint schlüssig. Denn die beim Beschwerdeführer im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens bei Dr. med. G. ___ angegebenen Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich (S. 19) sind vorliegend bereits seit Jahren dokumentiert: So wurde im Bericht vom 17. November 2006 (vgl. E. II. 7.1 hiervor, IV-Nr. 14) betreffend die

Durchführung der Arthro-MRI der linken Schulter unter den «klinischen Angaben» festgehalten, es bestünden seit vier Monaten Schmerzen in der linken Schulter. Ferner wies der Neurochirurg Dr. med. L.____ in seinen Berichten vom 27. Februar und 19. April 2012 (vgl. E. II. 7.3 und 7.4 hiervor) starke Lumbalgien sowie eine chronifizierte Lumboischialgie aus, welche durch die im Austrittsbericht vom 1. November 2012 (vgl. E. II. 7.6 hiervor) gestellte Diagnose einer «Lumbago» bestätigt wurde. Ferner hielt der Orthopäde Dr. med. N.____ im Bericht vom 7. Februar 2013 (vgl. E. II. 7.7 hiervor) eine Schmerzexazerbation fest und führte aus, die Schmerzen hätten unter Belastung zugenommen. Weiterhin bestehende Beschwerden wurden sodann im Bericht vom 4. Februar 2014 (vgl. E. II. 7.10 hiervor) ausgewiesen, wobei diese möglicherweise auf einen allfälligen Infekt zurückgeführt wurden. Anlässlich des Gutachtens bei der E.____ vom 15. Oktober 2014 stellten die Gutachter daraufhin die Diagnose von «chronischen Rückenschmerzen» bei chronischem low grade-Infekt und epifusioneller Instabilität fest. Aufgrund dieser Ausführungen ist ersichtlich, dass die beim Beschwerdeführer bestehende Schmerzproblematik am Rücken bereits seit Jahren dokumentiert ist. Diesbezüglich kann darauf hingewiesen werden, dass sowohl die bereits durchgeführten operativen Eingriffe vom 16. April (mikrotechnische Fenestration LWK5/SWK1 rechts und PLIF, vgl. E. II. 7.4 hiervor), 25. Oktober 2012 (Metallentfernung L5/S1, Débridement bei Verdacht auf Infekt, Revisionsdekompression inkl. Discectomie, Respondylodese intercorporell und postolateral, vgl. E. II. 7.6 hiervor) und 28. August 2013 (Revisions-Spondylodese mit Dekompression L4/S1 mit Infekt-Revision, vgl. E. II. 7.10 hiervor) als auch die langjährigen therapeutischen bzw. konservativen Massnahmen, im Wesentlichen in Form von Physiotherapie (vgl. E. II. 7.2, 7.4, 7.6, 7.8 hiervor), nicht zu einer wesentlichen Verbesserung dieser Schmerzproblematik beigetragen haben. Infolge dieser, über Jahre hinweg anhaltenden gesundheitlichen Problematik am Rücken erscheint denn auch plausibel, wenn Dr. med. G.____ von einer «Chronifizierung» ausging. Somit wird die durch ihn festgestellte Diagnose eines «lumbovertebralen Schmerzsyndroms (ICD-10 M54.5) mit Zustand nach Spondylarthrodese LWK4-SWK1 2012 mit Revisionseingriffen nach Infekt» durch die verfassten medizinischen Akten gestützt.

8.5.2 Eingehend auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. AA.____, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 28. August 2014, das im Rahmen des Gutachtens der E.____ (IV-Nr. 128.3) verfasst wurde, hielt Dr. med. G.____ in kurz und knapper Weise fest (IV-Nr. 189 S. 22), es bestehe Übereinstimmung. Dieser gutachterlichen Einschätzung kann gefolgt werden: So wies bereits die Neurologin in ihrem Gutachten vom 28. August 2014 «chronische lumbale Rückenschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung rechts» aus (IV-Nr. 128.3 S. 6). Dies erweist sich als vereinbar mit der durch Dr. med. G.____ in seinem ungefähr zwei Jahre später verfassten Teilgutachten vom 28. Juni 2016 diagnostizierten «lumbovertebralen Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) mit Zustand nach Spondylarthrodese LWK4-SWK1 2012 mit Revisionseingriffen nach Infekt». Im Gegensatz zu Dr. med. AA.____ beurteilte Dr. med. G.____ diese Diagnose jedoch als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, hielt jedoch gleichzeitig fest, aus neurologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 189 S. 21 unten). Diese Einschätzung erscheint nachvollziehbar, weil er weiter darlegte, dass bei einem mehrfach operiertem Rücken Einschränkungen für alle rückenbelastende Arbeiten bestünden, was vom orthopädischen Fachgebiet festzulegen sei. Damit gehen auch diesbezüglich zwischen den beiden gutachterlichen Einschätzungen keine relevanten Abweichungen hervor. Das neurologische Teilgutachten von Dr. med. G.____ wird folglich durch dasjenige von Dr. med. AA.____ nicht infrage gestellt.

8.5.3 Dem

neurologischen Teilgutachten von Dr. med. G. ___ ist somit ebenfalls voller Beweiswert zuzusprechen. 8.6 Es ist nachfolgend auf die Vorbringen des Beschwerdeführers zum Gutachten der F. ___ (vgl. E. II. 7.19 hiervor) einzugehen: 8.6.1 Der Beschwerdeführer lässt in Bezug auf das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. H. ___ im Wesentlichen vorbringen (A.S. 10), die Expertise vermittele allgemein den Eindruck einer unsorgfältigen Abklärung und ungenügenden Auseinandersetzung mit den Vorakten. Da dieses allgemein gehaltene Vorbringen indes nicht substantiiert begründet wird, ist unter Verweis auf die Ausführungen unter E. II. 8.1 hiervor nicht weiter darauf einzugehen. So bleibt im Wesentlichen offen, mit welchen Vorakten er sich konkret nicht auseinandergesetzt haben soll. 8.6.2 Der Beschwerdeführer stellt sich sodann auf den Standpunkt, Dr. med. H. ___ sei anders als die Vorgutachter lediglich von einem postoperativen Verdacht auf einen low grade-Infekt ausgegangen, ohne diesbezüglich verdächtige Befunde. Eine Auseinandersetzung mit den Rückenbeschwerden bei chronischem low grade-Infekt fehle gänzlich (A.S. 10). Es kann diesbezüglich festgehalten werden, dass der Orthopäde Dr. med. H. ___ in seinem Teilgutachten explizit festhielt, es sei bei weiterhin anhaltenden Beschwerden bei «Verdacht auf einen chronischen low grade-Infekt im August 2013» ein weiterer Eingriff durchgeführt worden. Eine – wie vom Beschwerdeführer geforderte – zusätzliche Auseinandersetzung von Dr. med. H. ___ mit dem low grade-Infekt erweist sich indes als nicht notwendig: So haben sich zum einen bei der aktuellen Untersuchung im Rahmen des Gutachtens der F. ___ keine Hinweise auf einen entsprechenden Infekt ergeben. Jedenfalls sind solche nicht dokumentiert. Es ist davon auszugehen, dass die Gutachter bei einem konkretem Verdacht auf einen entsprechenden Infekt diesbezüglich weitere Abklärungen vorgenommen hätten. Zum anderen geht aus den vorliegenden Akten hervor, dass es sich bei der Diagnose eines low grade-Infekts stets um eine Verdachtsdiagnose handelte. So hielten die Spezialisten der Universitätsklinik für Infektiologie des R. ___ im Bericht vom 4. Februar 2014 (vgl. E. II. 7.10 hiervor) einzig einen «Verdacht auf Low-grade-Infektion L4/5, L5/S1» fest und führten aus, ein persistierender Low-grade-Infekt sei sehr gut möglich. Ähnlich verhält es sich denn auch in Bezug auf das Gutachten der E. ___ vom 15. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.13 hiervor). Denn obschon dort die Diagnose «chronische Rückenschmerzen bei chronischem low grade-Infekt» ausgewiesen wurde, geht aus dem Gutachten nicht hervor, worauf sich diese Diagnose konkret stützt bzw. woraus sich der low-grade Infekt konkret ergeben soll. So sind keine diesbezüglichen Untersuchungen dokumentiert. In diesem Sinn stellten die Gutachter denn auch fest, die Rolle der Low-grade-Infektion im Rahmen der FBBS bleibe unklar. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass der RAD-Arzt Dr. med. D. ___ dieses Gutachten in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2015 (vgl. E. II. 7.14 hiervor) als weder nachvollziehbar noch schlüssig beurteilte. Dies impliziert, dass sich diese Diagnose im Laufe der Zeit bzw. anamnestisch nie erhärtet hat. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der Orthopäde Dr. med. H. ___ in seinem Teilgutachten einzig einen postoperativen Verdacht auf den low-grade Infekt auswies. Eine über das Gutachten hinausgehende Auseinandersetzung mit dieser Verdachtsdiagnose erweist sich unter den gegebenen Umständen als nicht notwendig. Entsprechende Ausführungen sind auch der Stellungnahme der Gutachter der F. ___ vom 28. September 2016 (vgl. E. II. 7.21 hiervor) zu entnehmen. Dabei führten sie ergänzend aus, dass der Nachweis einer entsprechenden Pathologie meist nur über den Weg einer Operation möglich sei. Indem im Rahmen des Gutachtens jedoch keine Hinweise auf diese Diagnose eruiert werden konnten, wäre ein entsprechender Eingriff als unverhältnismässig zu bezeichnen. 8.6.3 Der Beschwerdeführer lässt weiter

vorbringen, die Schlussfolgerung von Dr. med. H. ___ sei widersprüchlich (A.S. 10 f). So begründe er das objektiv korrekte Ergebnis mit der insgesamt guten Beweglichkeit des Rumpfes in alle Richtungen und führe bei der Auseinandersetzung mit dem Vorgutachten aus, dass die Beweglichkeit des Rumpfes in etwa vergleichbar sei wie damals und auch die dabei geäußerten Schmerzen wenig different seien. Im Vorgutachten sei die Rumpfbeweglichkeit aber als erheblich eingeschränkt bezeichnet worden. Dazu ist auszuführen, dass Dr. med. H. ___ darlegte (IV-Nr. 189 S. 16), die Bewegungen des Rumpfes würden zwar vorsichtig durchgeführt, doch ergäben sich letztlich nur Einschränkungen bei der Inkliniation, die aber zumindest teilweise auf die verkürzte ischiokrurale Muskulatur zurückzuführen sei. Reklination, Rotation und Seitneigung seien hingegen trotz der angegebenen Beschwerden nicht wesentlich reduziert. Diese Beurteilungen lassen sich durch die bei der orthopädischen Untersuchung der Wirbelsäule festgestellten Befunde verifizieren (IV-Nr. 189 S. 13). So hielt der Gutachter fest, der Finger-Boden-Abstand betrage 34 cm, die Rotation im Stehen betrage 15 %, die symmetrische Rotation je 25 % und die Seitneigung je 30 %, bei Seitneigung nach rechts verweise der Beschwerdeführer auf Schmerzen lumbosakral. Anlässlich des circa zwei Jahre zuvor verfassten orthopädischen Gutachtens im Rahmen bei der E. ___ stellte Dr. med. U. ___ fest (IV-Nr. 128.2 S. 17 f.), der Finger-Boden-Abstand betrage 40 cm, die Seitneige und Rotation der HWS seien uneingeschränkt, bezüglich der LWS betrage die Seitneige rechts/links 40 °- 0 - 40 °, die Rotation 30 °- 0 - 30 °, beim Inklinieren und Aufrichten der LWS würden Schmerzen angegeben, endgradig auch in Rechtsrotation. Gestützt auf diese gutachterlichen Feststellungen und Beurteilungen lassen sich keine in relevantem Ausmass voneinander abweichenden Werte feststellen. Daher vermag der Beschwerdeführer mit seinem Vorbringen nicht durchzudringen.

8.6.4 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor (A.S. 11), die Aussage von Dr. med. H. ___, wonach zum Gutachtenszeitpunkt verschiedene klinische Befunde eine Verbesserung des Gesundheitszustandes belegen würden, sei widersprüchlich. So stützte sich der Gutachter hierbei auf den Einbeinstand sowie die Hocke mit Kauergang, welche zum Gutachtenszeitpunkt angeblich problemlos habe durchgeführt werden können. Diese sei aber nur mittels Hilfestellung des Orthopäden durchführbar gewesen. Es kann diesbezüglich auf die umfassende Stellungnahme der Gutachter der F. ___ vom 24. Oktober 2016 verwiesen werden (vgl. E. II. 7.21 hiervor). So führten diese in nachvollziehbarer Weise aus, bei der Prüfung des Kauergangs strecke der Gutachter den zu untersuchenden Personen üblicherweise die Arme entgegen. Ob diese indes die Hilfestellung benötigen oder nicht, habe keinen Einfluss auf die entsprechenden Ergebnisse. Folglich vermag der Beschwerdeführer hieraus nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

8.6.5 Das Argument des Beschwerdeführers, wonach der Orthopäde Dr. med. H. ___ bei der Ausführung, der Beschwerdeführer vermöge Aktivitäten mit nicht geringer körperlicher Belastung durchzuführen, wie etwa das Ausmisten des Kaninchenstalls oder das Staubsaugen (A.S. 11), verkenne, dass diese Tätigkeiten nur mit spezieller Hilfestellung möglich seien, greift nicht. So ist aufgrund der orthopädischen Anamnese davon auszugehen (IV-Nr. 128.2 S. 12), dass der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter explizit angegeben habe, «an guten Tagen mit weniger Beschwerden» zu versuchen, sich körperlich zu betätigen. Als Beispiele wurden sodann das Ausmisten des Kaninchenstalls oder Arbeiten im Haushalt, wie bspw. das Staubsaugen, genannt. Aufgrund dieser Schilderungen des Exploranden erscheint die daraus gezogene Schlussfolgerung des Gutachters, dass dieser im Alltag auch durchaus intermittierend Aktivitäten ausführe, die mit nicht geringer körperlicher Belastung

verbunden seien, nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Die in der Beschwerdeschrift neu geltend gemachte Zuhilfenahme einer Kehrtrichterschale beim Reinigen des Kaninchenstalls und die dadurch erfolgte Reduktion des Gewichts erscheint nicht in relevantem Ausmass geeignet, die Beurteilung des Gutachters in Frage zu stellen. Auf diese kann somit weiter abgestellt werden. 8.6.6 Es ist im Weiteren nicht einzusehen und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht, weshalb sich die Gutachter der F.____ mit der vorgängig im Gutachten der E.____ nicht als leidensadaptiert bezeichneten Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter hätten auseinandersetzen müssen. Damit läuft das entsprechende Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 11 unten) ins Leere. 8.7 Damit hat sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Gutachten der F.____ vom 18. Juli 2016 gestützt. Diesem ist der volle Beweiswert zuzusprechen. Dies wurde durch den RAD-Arzt Dr. med. D.____ in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2016 als auch im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung vom 27. März 2017 (vgl. E. II. 7.22 f. hiervor) festgestellt, indem das Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig qualifiziert wurde. Es kann daher auch auf die entsprechenden Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden: Für die ursprünglichen Tätigkeiten als Landschaftsgärtner und LKW-Chauffeur, folglich für schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten, ist der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. In adaptierten Verweistätigkeiten inkl. Tätigkeiten im kaufmännischen Bereich ist er hingegen vom August 2014 bis März 2015 mit einer Leistungseinbusse von 20 % zu 50 % arbeitsfähig. Für die Tätigkeit als Kaufmann, zu welcher der Beschwerdeführer durch die Beschwerdegegnerin vom 1. August 2010 bis am 31. Juli 2013 umgeschult worden ist (vgl. IV-Nr. 108), besteht sodann ab Juni 2016 eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Dies ebenfalls mit einer Leistungseinbusse von 20 % aufgrund der Schmerzen und des erhöhten Pausenbedarfs. Diese Einschätzungen bestehen somit ab August 2013. 9. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 4.3 hiervor) und anschliessend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die IV-Grade von 60 % bzw. 20 % korrekt errechnet hat (A.S. 3 f.). 9.1 Der Beschwerdeführer hat die Valideneinkommen zu Recht nicht beanstandet. Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 10, 12, 22, 46, 57, 59, 83) besuchte er von 1988 bis 1997 die Primarschule in [...] und absolvierte vom August 1997 bis August 2000 die Lehre als Landschaftsgärtner beim AB.____ in [...]. Nach Erlangen des Fähigkeitszeugnisses als Landschaftsgärtner (IV-Nr. 83 S. 11) war er ab August 2000 bis Oktober 2003 beim AB.____ als Vorarbeiter Gruppenleiter Landschaftsgärtner beschäftigt und arbeitete vom Februar bis August 2004 als Landschaftsgärtner beim AC.____. Ab September 2004 bis 31. August 2009 war er bei der AD.____ als LKW-Chauffeur tätig. Mit Unterstützung der Beschwerdegegnerin konnte er sodann vom August 2010 bis Juli 2013 die Lehre als Kaufmann B-Profil bei der C.____ (1. Lehrjahr) und der X.____ (2. und 3. Lehrjahr) absolvieren (vgl. IV-Nr. 83 S. 4). Danach war der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbstätig. Es ist daher diesbezüglich für die beiden zu beurteilenden Zeitperioden ab 28. August 2014 (Ende der einjährigen Wartezeit) und ab 30. Juni 2016 korrekterweise von einem – basierend auf Tabellenlöhne – errechneten Valideneinkommen von CHF 72'420.00 (LSE 2014, T17, Ziff. 4 «Bürokräfte und verwandte Berufe», Total Männer: CHF 5'789.00 x 12 = CHF 69'468 [: 40 x 41,7]) bzw. von CHF 72'630.00 (LSE 2014, T17, Ziff. 4, Total Männer: CHF 5'789.00 x 12 = CHF 69'468 [: 40 x 41,7] = CHF 72'420.00 [: 103,4 x 103,7]) auszugehen. 9.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

9.2.1 Da dem Beschwerdeführer seine angestammten Tätigkeiten als Landschaftsgärtner bzw. LWK-Chauffeur nicht mehr zumutbar sind (vgl. II. E. 8.7 hiervor), es ihm aber möglich ist, ab 28. August 2014 in der umgeschulten Tätigkeit als Kaufmann bez. in einer Verweistätigkeit mit leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten, zu 50 % tätig zu sein, ist somit ab diesem Zeitpunkt von einem monatlichen Bruttolohn für Männer von CHF 5'789.00 (LSE 2014, T17, Ziff. 4 «Bürokräfte und verwandte Berufe», Total Männer) auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen ($\text{CHF } 5'789.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 41.7] = \text{CHF } 72'420.00$). Unter Berücksichtigung einer um 50 % reduzierten Leistungsfähigkeit sowie einer Leistungseinbusse von 20 % ergibt sich damit ein Invalideneinkommen von CHF 28'968.00. Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, ab 28. Juni 2016 wieder zu 100 % arbeitsfähig zu sein, ist der monatliche Bruttolohn von CHF 5'789.00 (LSE 2014, T17, Ziff. 4 «Bürokräfte und verwandte Berufe», Total Männer) ebenfalls auf das Jahr und die üblichen Wochenstunden von 41,7 aufzurechnen. Der jährliche Bruttolohn von CHF 72'420.00 ist sodann auf den Nominallohnindex aufzurechnen ($\text{: } 103,4 \times 103,7$). Unter Berücksichtigung einer Leistungseinbusse von 20 % beträgt das Invalideneinkommen ab 28. Juni 2016 CHF 58.104.00.

9.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 36 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer über das Schweizer Bürgerrecht verfügt (IV-Nr. 9) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Beim Beschwerdeführer stellt sich daher auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, um einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vorgenommen hat. Der Beschwerdeführer beantragt einen behinderungsbedingten Abzug von mindestens 15 % (A.S. 13), da gemäss BGE 126 V 75 neben der invaliditätsbedingten Limitierung auf eine Teilzeitarbeit auch die

Einschränkungen hinsichtlich Wechselbelastung als lohnsenkender Einflussfaktor zu berücksichtigen sei. Der Beschwerdeführer verkennt bei dieser Argumentation, dass aufgrund der Schmerzen und des erhöhten Pausenbedarfs bereits eine Leistungseinbusse von 20 % berücksichtigt worden ist (vgl. E. II. 9.2.1 hiervor). Das Invalideneinkommen beträgt folglich ab 28. August 2014 CHF 28'968.00 und ab 28. Juni 2016 CHF 58'104.00.

9.3 Damit ergibt sich ab 28. August 2014 bei einem Valideneinkommen von CHF 72'420.00 sowie einem Invalideneinkommen von CHF 28'968.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 43'452.90, die einem IV-Grad von 60 % entspricht. Ab 28. Juni 2016 ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 72'630.00 sowie einem Invalideneinkommen von CHF 58'104.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 14'526.00, die einem IV-Grad von 20 % entspricht. Es besteht somit vom 28. August 2014 bis 28. Juni 2016 (vgl. E. II. 4.1 hiervor) ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Ab 28. Juni 2016 steht dem Beschwerdeführer indes kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr zu. An diesem Ergebnis würde im Übrigen der vom Beschwerdeführer verlangte leidensbedingte Abzug von 15 % (vgl. E. II. 9.2.2 hiervor) nichts ändern. So würde das Invalideneinkommen diesbezüglich ab 28. August 2014 CHF 23'174.40 und der IV-Grad somit 68 % betragen. Ab 28. Juni 2016 würde das Invalideneinkommen CHF 46'483.20 und der IV-Grad 36 % betragen. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. Mai 2017 das Ende des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers erst auf den 30. September 2016 festgesetzt hat. 10. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 29. Mai 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 11. 11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 11.2 Aufgrund von 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 CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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