



Fall-Nr.: IV 2017/322
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 07.01.2021
Entscheiddatum: 23.03.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 23.03.2020

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 16 ATSG; Art. 28 ATSG Gestützt auf ein Gutachten vom März 2013 und ein Verlaufsgutachten vom September 2016 wurde dem Beschwerdeführer eine befristete Rente zugesprochen. Die Gutachten sind trotz abweichender Einschätzungen behandelnder Ärzte und aus Eingliederungsmassnahmen (Einsatzprogramm RAV; Arbeitstraining) beweiskräftig. Die Gutachter attestierten eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte angepasste Tätigkeiten. Der ehemalige Schwerarbeiter hat unbefristet Anspruch auf eine Viertelsrente (Tabellenlohnabzug 10 %; Invaliditätsgrad 42,4 %) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2020, IV 2017/322).

Entscheid vom 23. März 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Miriam Lendfers und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/322

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen



IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente (Befristung) und berufliche Massnahmen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich wegen Hüftbeschwerden und Rückenschmerzen (als Folgen einer beidseitigen Hüftgelenksarthrose) bei der Invalidenversicherung (IV) am 19. Mai 2010 zur Früherfassung (IV-act. 56) und am 8. Juni 2010 zum Leistungsbezug (IV-act. 61) an.

A.b. Der im B.____ tätige Versicherte hatte bereits am 14. Oktober 2008 wegen der Folgen einer Osteochondrose/Spondylose im Bereich der HWS und LWS um Leistungen der IV ersucht (IV-act. 7). Es war im Wesentlichen ein zervikoradikuläres Schmerz- und diskretes sensomotorisches Ausfallsyndrom bei Diskushernien im Bereich HWS 6 bis BWS 1 rechtsseitig mit Kompression vor allem der Nervenwurzel C7 rechts beschrieben worden (zervikale Kernspintomographie vom 16. September 2008, IV-act. 3; Bericht Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH C.____, Innere Medizin FMH, speziell Rheumaerkrankungen, vom 16. Oktober 2008, IV-act. 18; Bericht Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 21. Oktober 2008, IV-act. 25-8 ff.; Bericht Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 29. Oktober 2008, IV-act. 26-3 f.). Weiter waren an der rechten Schulter eine Teilruptur des Bizepssehnenpulley und eine medial-Luxation der Sehne aus dem Sulcus intertubercularis sowie weitere degenerative Veränderungen festgestellt worden (MRI Arthro Schulter rechts vom 13. September 2008, IV-act. 8). Am 1. Dezember 2008 hatte sich der Versicherte einer ventralen Spondylodese HWS 6 bis BWS 1 unterzogen (Operationsbericht, IV-act. 28-3 f.; Kurzaustrittsbericht Spital F.____ vom 27. November 2008, IV-act. 28-1 f.). Die IV-Stelle hatte am 10. Juni 2009 das Gesuch bezüglich beruflicher Massnahmen und Rentenleistungen abgewiesen, da der Versicherte wieder zu 100 % arbeite, der



bisherige Arbeitsplatz gesichert und er somit angemessen eingegliedert sei (Mitteilung, IV-act. 52; Feststellungsblatt vom 5. Juni 2009, IV-act. 52). MRI-Untersuchungen der LWS vom 4. Mai 2010 (IV-act. 81-18) und der Hüfte vom 17. Mai 2010 (IV-act. 81-12) hatten im Wesentlichen mässiggradige degenerative Veränderungen im Bereich L1/L2 sowie L3 bis S1 und beidseitige Hüftkopfnekrosen, links Stadium III, rechts Stadium II, gezeigt. Klinisch hatte Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, eine deutliche Bewegungseinschränkung und ein schmerzhaftes Schonhinken erhoben (Bericht vom 17. Mai 2010, IV-act. 81-19), worauf dem Versicherten am 7. Juni 2010 eine zementfreie Hüft-TEP links implantiert worden war (Operationsbericht, IV-act. 80-8 f.; Austrittsbericht Spital H.____ vom 17. Juni 2010, IV-act. 80-10 f.).

A.c. Hinsichtlich des rechten Hüftgelenks erfolgte nach einer erneuten MRT-Untersuchung vom 2. August 2010 (IV-act. 92-13) am 23. August 2010 vorerst eine Anbohrung des Hüftkopfs und Spongiosaplastik vom Beckenkamm rechts (Operationsbericht, IV-act. 92-9 f.; Austrittsbericht Spital H.____ vom 29. August 2010, IV-act. 101-20 f.). Dr. med. I.____, Innere Medizin FMH, hielt im Arztbericht vom 24. Dezember 2010 fest, am linken Hüftgelenk sei das Bewegungsausmass deutlich verbessert. Es bestünden nur noch geringe Schmerzen bei endgradigen Bewegungen. Zurzeit sei aufgrund des Status nach Hüft-TP links und radiologisch zunehmender Nekrose am rechten Hüftkopf nicht an eine Arbeitsaufnahme zu denken (IV-act. 101-7 ff.). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 3. Januar 2011 mit, aufgrund der bevorstehenden und am 16. Februar 2011 durchgeführten Implantation einer zementfreien Hüft-TEP rechts seien berufliche Massnahmen nicht möglich bzw. angezeigt (Mitteilung vom 3. Januar 2011, IV-act. 96; Stellungnahme RAD-Ärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 27. Januar 2011, IV-act. 102; Operationsbericht, IV-act. 108-9 f.). Dr. G.____ führte im Verlaufsbericht vom 17. Mai 2011 aus, aufgrund des Zustandes nach Implantation von zementfreien Hüftendprothesen beidseits seien dem Versicherten im Wesentlichen schwere körperliche Arbeiten wie Heben und Tragen von Lasten über 10 kg nicht mehr zumutbar. In vorwiegend Schreibtischtätigkeiten mit geringer körperlicher Belastung ohne schweres Heben und Tragen sei eine vollschichtige Tätigkeit möglich (IV-act. 109-2 f.). RAD-Ärztin Dr. J.____ nahm am 4. Juli 2011 Stellung: Beim Versicherten



St.Galler Gerichte

bestehe Eingliederungspotential. Gegenwärtig könne eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % bestätigt werden, die je nach dem weiteren Verlauf auf 100 % erhöht werden könne (IV-act. 111).

A.d. Vom 19. September bis 9. Oktober 2011 absolvierte der Versicherte ein leistungsorientiertes Ergonomietrainingsprogramm in der Klinik Valens. Dort wurde festgehalten, die Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit im Vergleich zur getesteten Leistungsfähigkeit sei nahezu realistisch. Die Leistungsbereitschaft und Konsistenz bei den arbeitsbezogenen Tests seien gut gewesen. Der Versicherte habe sich bereits in der Eintrittsuntersuchung gut belasten lassen, es hätten keine wesentlichen negativen prädikativen Faktoren bestanden und es sei eine gute Motivation zur Besserung der bestehenden Beschwerden sichtbar gewesen. Aufgrund des konsistenten Verhaltens habe festgestellt werden können, dass die bisherige schwere Arbeit als Tunnelbauer nicht mehr durchgeführt werden könne. Der Versicherte sei unter Berücksichtigung seiner ergonomischen Leistungsfähigkeit für eine (weiter spezifizierte) leichte bis mittelschwere Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis 20 kg in einem 50 % Pensum arbeitsfähig (IV-act. 120).

A.e. Der Versicherte trat am 13. Januar 2012 in die Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums K.____ ein. Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Die mit der Arbeitsunfähigkeit verbundenen existentiellen Ängste hätten dazu beigetragen, dass der Versicherte an einer Depression erkrankt sei. Er habe sich sozial komplett zurückgezogen und sei nicht mehr in der Lage gewesen, seinen alltäglichen Verpflichtungen nachzugehen. Es zeigten sich sämtliche Symptome einer depressiven Erkrankung. Im Gespräch würden Konzentrations- und Gedächtnisstörungen deutlich. Im formellen Denken sei der Versicherte eingeeengt auf die momentane Arbeitsunfähigkeit und (die) damit verbundenen finanziellen Sorgen sowie Existenzängste. Im Affekt sei er deutlich depressiv verschoben. Er sei niedergeschlagen, kraft- und antriebslos und berichte, dass ihm nichts mehr Freude bereite. Ebenfalls klage er über vegetative Symptome wie Ein- und Durchschlafstörungen und eine ausgeprägte Appetitlosigkeit. Aufgrund der depressiven Erkrankung bestünden ausgeprägte Konzentrationseinbussen sowie eine ausgeprägte Leistungsbeeinträchtigung. Der Versicherte sei nicht in der Lage, sich



kontinuierlich einer Aufgabe zu stellen. Es seien immer wieder Pausen nötig, damit er wieder neue Kraft schöpfen könne. Er sei schnell ermüdet und wenig belastbar (Arztbericht vom 17. April 2012, IV-act. 139).

A.f. Die Eingliederungsverantwortliche schloss am 28. März 2012 den Fall ab, da sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert habe und er in eine psychiatrische Tagesklinik eingetreten sei (IV-act. 133 f.). Mit Mitteilung vom 11. April 2012 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen ab, da solche zurzeit nicht möglich seien (IV-act. 138).

A.g. Der Versicherte trat am 30. Juli 2012 aus der Tagesklinik in eine ambulante Behandlung über. Dr. L. ___ hielt im Verlaufsbericht vom 16. August 2012 fest, aus psychiatrischer Sicht seien dem Versicherten adaptierte Tätigkeiten zumutbar; limitierend seien die körperlichen Beeinträchtigungen (IV-act. 146). Dr. I. ___ attestierte mit Arztzeugnis vom 8. September 2012 ab 1. September 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bis 30 % bei im Ausmass nicht eindeutig zu beziffernder Reduktion der Leistungsfähigkeit (Fremdakten, act. 3-2 f.) und berichtete am 8. Oktober 2012, der Gesundheitszustand habe sich eher verschlechtert (IV-act. 153-1 ff.). Am 6. November 2012 begann der Versicherte ein bis 30. April 2013 dauerndes Einsatzprogramm bei der M. ___ (IV-act. 181-4).

A.h. In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 30. März 2013, Zentrum für interdisziplinäre medizinische Begutachtungen AG [ZIMB]; Dr. med. N. ___, Innere Medizin; Dr. med. O. ___, Psychiatrie; Dr. med. P. ___, Rheumatologie; Untersuchungen 8., 27. und 28. Februar 2013; IV-act. 165). Der Versicherte berichtete, seit seiner Entlassung aus der Tagesklinik sei er während zwei Halbtagen pro Woche in einem Beschäftigungsprogramm des RAV. Es handle sich um eine leichte Montagearbeit (Zusammenfalten von Kartons; IV-act. 165-18). Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte als Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches, klinisch vorwiegend tendomyotisches zervikospondylogenes Syndrom rechts bzw. zervikospondylogenes bzw. zervikozephalisches Syndrom rechts bei Zustand nach Spondylodese C 6 bis Th 1, eine Periarthropathia coxae bei Zustand nach Implantation von beidseitigen Hüftendprothesen wegen Femurkopfnekrose sowie ein



Lumbovertebralsyndrom bei radiologisch geringen spondylophytaeren degenerativen Veränderungen (IV-act. 165-28). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe ein Sulcus ulnaris Syndrom links (IV-act. 165-29). Der psychiatrische Gutachter erhob eine leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00), welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke (IV-act. 165-35). Unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei dem Versicherten aus rheumatologisch-somatischer Sicht aufgrund seiner Veränderungen am Bewegungsapparat dauerhaft keine Arbeitstätigkeit im angestammten Beruf als Tunnelbauer mehr zumutbar. Aufgrund des Zustandes nach Implantation von zementfreien Hüftendoprothesen beidseits seien schwere körperliche Arbeiten wie Heben und Tragen von Lasten über 10 kg nicht mehr möglich. Das Steigen auf Leitern, häufiges Treppensteigen sowie körperlich belastende Tätigkeiten seien aufgrund der muskulären Defizite und der Koordinationsproblematik nicht mehr zumutbar. Aufgrund der aktuellen klinischen und radiologischen Befunde sei medizinisch-theoretisch in einer angepassten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit mit häufig möglichem Wechsel der Körperposition (sitzend, gehen) und weiteren umschriebenen Adaptionskriterien aus interdisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-act. 165-41, 43).

A.i. RAD-Ärztin Dr. J.____ befand am 23. April 2013, auf das Gutachten könne abgestützt werden (IV-act. 168).

A.j. Mit Vorbescheid vom 20. Juni 2013 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Zusprache einer ganzen Rente ab 1. April 2011 und einer Dreiviertelrente vom 1. Februar 2012 bis 31. Mai 2013 (IV-act. 174). Hiergegen erhob der Versicherte am 19. August 2013 Einwand (IV-act. 181). Gestützt auf den Bericht der M.____ (IV-act. 181-4 ff.), wonach er nicht vermittelbar sei und lediglich zweimal vier Stunden wöchentlich gearbeitet habe (Schlussbericht vom 30. April 2013, IV-act. 181-8), machte er geltend, mit diesem Pensum sei er an seine Grenzen gestossen. Aufgrund der andauernden Schmerzen sei er nicht in der Lage, während längerer Zeit zu sitzen oder zu stehen. Die rheumatologische Begutachtung habe lediglich 15 Minuten gedauert. Es würden keine Eingliederungsmassnahmen in Betracht gezogen, obwohl dies im Gutachten empfohlen werde. Er sei seit 19. April 2010 nicht mehr im Arbeitsprozess und habe keine anderen beruflichen Erfahrungen



als im Tunnelbau. Das angenommene Invalideneinkommen von Fr. 61'776.-- sei zu hoch. Es sei ein Leidensabzug von 25 % zu berücksichtigen (IV-act. 181-1 ff.).

A.k. Dr. I.____ führte in einem Arztzeugnis vom 16. September 2013 aus, der Versicherte leide seit Herbst 2012 und insbesondere seit März 2013 wieder an verstärkten Schmerzen der HWS sowie lumbal mit Muskelverspannungen und zeitweise Parästhesien der oberen Extremitäten. Er sei sehr kooperativ und leistungsbereit und habe trotz ärztlicher Bedenken nach der Operation der zervikalen Diskushernie die Arbeit als Tunnelbauer wieder aufgenommen. Die in der Klinik Valens ermittelte ergonomische Leistungsfähigkeit von 50 % sei für ihn nachvollziehbar (IV-act. 183). RAD-Ärztin Dr. J.____ äusserte am 19. Dezember 2013, das Ergebnis des Einsatzprogrammes sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Aus dem Schreiben von Dr. I.____ gingen keine neuen medizinischen Sachverhalte hervor, welche den Gutachtern nicht schon bekannt gewesen seien. Es könne weiterhin auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestützt werden (IV-act. 185).

A.l. Dr. I.____ attestierte gegenüber dem RAV am 1. Februar 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bis 25 % (IV-act. 194).

A.m. Ab 19. Januar 2015 durchlief der Versicherte eine bis 17. April 2015 dauernde berufliche Abklärung im Q.____, wobei ein anfängliches Pensum von 50 % mit Steigerung im Verlauf vorgesehen war (Antrag vom 12. Januar 2015, IV-act. 195; Mitteilung vom 21. Januar 2015, IV-act. 197). Dr. med. R.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, berichtete am 25. März 2015, nach dem Beginn der Massnahme habe sich die Schmerzsituation wieder verschlechtert. Es sei unbestritten, dass der Versicherte in seiner angestammten Arbeit als Tunnelbauer zu 100 % arbeitsunfähig bleibe. Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit erscheine zu hoch. Aus medizin-theoretischen Überlegungen sei eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit (leichte bis mittelschwere Belastung) jedoch zumutbar (IV-act. 222-8 ff.). Im Schlussbericht berufliche Eingliederung vom 16. April 2015 wurde ausgeführt, es gelinge dem Versicherten nicht, sich für eine neue berufliche Perspektive zu öffnen. Bei einer Präsenz von 45 % und einer Leistung von durchschnittlich 56 % ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 25 % bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt. Trotz der vielfältigen adaptierten Tätigkeiten habe weder eine Erhöhung der Präsenz noch



der Leistungsfähigkeit und somit der Arbeitsfähigkeit beobachtet werden können (IV-act. 209). Die Eingliederungsverantwortliche hielt im Schlussbericht vom 30. April 2015 fest, trotz seiner Eignung im handwerklichen Bereich seien mit einer Arbeitsfähigkeit von 25 % und den körperlichen Einschränkungen des Versicherten die Chancen weder für eine Anschlusslösung im ersten Arbeitsmarkt noch für eine Umschulung als realistisch einzuschätzen. Somit seien keine beruflichen Massnahmen angezeigt (IV-act. 217). Mit Mitteilung vom gleichen Tag wurde dem Versicherten der Abschluss beruflicher Massnahmen eröffnet, da sie aufgrund des Gesundheitszustandes aktuell nicht möglich seien (IV-act. 220). Dr. I.____ befand im Bericht vom 27. Mai 2015, der Arbeitsversuch im 50 %-Pensum habe zu verstärkten Schmerzen, erhöhtem Schmerzmittelbedarf und Müdigkeit geführt. Seiner Ansicht nach sei eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit nicht realisierbar. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit liege in der Grössenordnung von eher 30 % als 40 % (IV-act. 222-1 ff.). RAD-Ärztin Dr. J.____ nahm am 18. Juni 2015 Stellung: Gestützt auf die aktuelle medizinische Befundlage, insbesondere den fachärztlichen Bericht von Dr. R.____, welcher sich seinerseits auf die Einschätzung der Klinik Valens stütze, sei medizinisch-theoretisch von einer Arbeitsfähigkeit adaptiert von weiterhin 50 % auszugehen (IV-act. 225).

A.n. Mit Vorbescheid vom 23. November 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache einer ganzen Rente ab 19. April 2011 und einer Dreiviertelrente ab 1. Februar 2012 in Aussicht (IV-act. 232). Am 25. Januar 2016 erliess sie die entsprechende Verfügung (IV-act. 237) und widerrief diese am 13. Februar 2016 wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. nicht rechtswirksamer Zustellung an die Pensionskasse des Versicherten (S.____ Vorsorge; Zustellung stattdessen irrtümlicherweise an T.____ AG an gleicher Postadresse; IV-act. 241). Diese erhob am 19. Februar 2016 Einwand hinsichtlich des Vorbescheids vom 23. November 2015 und rügte im Wesentlichen, es sei unzulässig, aufgrund von hausärztlichen Berichten von einem beweiskräftigen, fachlich breit abgestützten Gutachten abzuweichen (IV-act. 243).

A.o. Die IV-Stelle beauftragte die ZIMB AG mit einer Verlaufsbeurteilung (Gutachten vom 24. September 2016; Dr. med. N.____, Innere Medizin FMH; Dr. med. U.____, Rheumatologie; Dr. med. O.____, Psychiatrie; Untersuchungen 17./18. Mai 2016; IV-act. 260). Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte ein chronisches



zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Bandscheibenveränderungen und spondylophytär bedingten degenerativen Veränderungen (IV-act. 260-33). Der psychiatrische Experte formulierte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (ICD-10: F43.21) als Reaktion auf die schon zugesprochene und dann wieder sistierte Rente (IV-act. 260-41). Die Gutachter kamen zum Schluss, in einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit sei der Versicherte aus interdisziplinärer Sicht unverändert zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 260-52).

A.p. RAD-Arzt Dr. med. V.____, Facharzt für Chirurgie, befand am 4. Oktober 2016, aus versicherungsärztlicher Sicht könne die administrative Entscheidung auf das Verlaufsgutachten abgestützt werden (IV-act. 261).

A.q. Mit Vorbescheid vom 16. März 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache einer ganzen Rente vom 1. April 2011 bis 30. Juni 2013 in Aussicht (IV-act. 269). Hiergegen liess der Versicherte am 27. April 2017 Einwand erheben (IV-act. 276). Die Gutachter gingen, ohne sich auf die Ergebnisse aus praktischer Erprobung (Belastbarkeitstraining Klinik Valens vom 19. September bis 9. Oktober 2011, Arbeitstraining vom 19. Januar bis 17. April 2015) stützen zu können, von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit aus. Die Gutachter hätten hinsichtlich der Arbeitsbelastung keine weiteren Abklärungen und Tests durchgeführt. Die Abweichung der Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit (100 % gegenüber 25 %) sei zu gross. Das angenommene Invalideneinkommen sei nicht mit den gutachterlich bestätigten gesundheitlichen Einschränkungen vereinbar. Aufgrund des eingeschränkten Tätigkeitsprofils sowie der beschränkten persönlichen und beruflichen Ressourcen sei ein Leidensabzug von 10 % vorzunehmen (IV-act. 276).

A.r. Mit Verfügung vom 20. Juli 2017 sprach die IV-Stelle dem Versicherten vom 1. April 2011 bis 30. Juni 2013 eine ganze Rente zu. Die Voraussetzungen für einen Leidensabzug seien vorliegend nicht erfüllt. Die 100 %ige Arbeitsfähigkeit sei aufgrund einer umfassenden Begutachtung unter Berücksichtigung aller Aktenstücke attestiert worden. Weitere Abklärungen seien von den Gutachtern nicht als notwendig befunden worden. Der Versicherte fühle sich subjektiv nicht arbeitsfähig und es fehle ihm die Motivation, an beruflichen Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken. Solche machten



daher keinen Sinn. Das Invalideneinkommen sei aufgrund von Durchschnittslöhnen bestimmt worden, welche unter Würdigung sämtlicher Gegebenheiten auf dem Schweizerischen Arbeitsmarkt festgelegt worden seien. Am bemessenen Invalideneinkommen werde festgehalten. Bezüglich beruflicher Massnahmen wies sie das Gesuch mangels subjektiver Leistungsfähigkeit ab (IV-act. 280).

B.

B.a. Mit Beschwerde vom 9. September 2017 (Postaufgabe, datiert 14. September 2017) beantragt A.____, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm Leistungen der IV zuzusprechen in Form von beruflichen Massnahmen oder einer Rente. Es seien zusätzliche Abklärungen durchzuführen. Sodann sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. Vom 19. September bis 9. Oktober 2011 habe er in der Klinik Valens ein Belastbarkeitstraining absolviert, welches für adaptierte Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ergeben habe. Vom 1. November 2012 bis 30. April 2013 habe er an einem RAV-Einsatzprogramm teilgenommen. Obwohl er überall gut mitgewirkt habe, habe ihn das RAV als nicht vermittelbar eingestuft, da er schmerzbedingt nur während 2 x 4 Stunden arbeiten können. Bei einer beruflichen Abklärung vom 19. Januar bis 17. April 2015 habe er nur eine Arbeitsfähigkeit von 25 % bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt erreichen können, obwohl er grosse Motivation und Willen gezeigt habe. In seinem fachärztlichen Bericht vom 25. März 2015 stütze sich der Rheumatologe Dr. R.____ auf die Beurteilung der Klinik Valens und gehe von einer medizin-theoretischen Arbeitsfähigkeit von weiterhin 50 % für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten aus. Der RAD sei davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit von 100 % zu optimistisch gewesen sei. Da die Verlaufsbeurteilung wiederum durch die ZIMB erfolgt sei, erscheine "nur logisch", dass diese wiederum von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit im adaptierten Bereich ausgegangen sei. Während er im Rahmen der BEFAS über Monate beobachtet und beurteilt worden sei, hätten ihn die Gutachter insgesamt nur während ein paar Stunden gesehen. Das Gutachten setze sich mit den Feststellungen der BEFAS überhaupt nicht auseinander. Es bestehe somit weiterhin eine nicht nachvollziehbare Diskrepanz zwischen den Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die IV-Stelle Abklärungen der beruflichen Arbeitsfähigkeit anordne und deren Ergebnisse anschliessend ignoriere (act. G 1).



B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Das ZIMB-Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung und es könne darauf abgestellt werden. Die Gutachter hätten die Berichte von Dr. R.____ und Dr. I.____ berücksichtigt und seien auf deren Ausführungen eingegangen. Sie hätten allerdings deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehen können. Die 100 %ige Arbeitsfähigkeit ab dem 30. März 2013 (Zeitpunkt der ersten Begutachtung) werde durch ein zweites Gutachten bestätigt. Die Berichte der behandelnden Ärzte und die Ergebnisse der beruflichen Abklärung vermöchten an der medizinisch-theoretischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nichts zu ändern. Die objektive Befundlage und die Diagnosen seien seit der Begutachtung 2013 gleich geblieben bzw. die rheumatologischen Befunde seien sogar weniger stark ausgeprägt gewesen. Es sei daher davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand ab dem Begutachtungszeitpunkt im März 2013 gebessert habe und der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (act. G 5).

B.c. Mit Schreiben vom 14. November 2017 lehnt die Verfahrensleitung das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mangels Prozessarmut ab (act. G 6).

B.d. Mit Replik vom 7. Dezember 2017 macht der Beschwerdeführer geltend, es sei nicht nachvollziehbar, wie sich seine Einschränkungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer Begutachtung von zwei Stunden einschätzen lasse. Die behandelnden Ärzte attestierten klar eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Es erscheine fragwürdig, dass die Beschwerdegegnerin Abklärungen über einen Zeitraum von mehreren Monaten habe durchführen lassen und ihnen doch kein Gewicht beimesse (act. G8).

B.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 10).

B.f. Dr. I.____ reicht am 11. Mai 2018 Berichte des Spitals H.____, Orthopädische Klinik, vom 17. April 2018 (act. G 11.1), vom 8. Mai 2018 (act. G 11.2) und vom 7. Mai 2018 (act. G 11.3) ein. Danach wurde beim Beschwerdeführer eine Subscapularisruptur und Pulleyläsion mit Bicepsluxation sowie SLAP-Läsion der Schulter links mit SSP Vorderrandläsion diagnostiziert und am 4. Mai 2018 operativ versorgt (SAS rechts,



Bicepstenodese, Naht M. Subscapularis, Refixation Vorderrand SSP Bursektomie und Acromioplastik).

Erwägungen

1.

1.1. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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).

1.3. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte



Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.4. Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

2.1. Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bilden insbesondere das Verlaufsgutachten der ZIMB AG vom 16. März 2016 (IV-act. 260) und das Erstgutachten dieser Institution vom 30. März 2013 (IV-act. 165). Es ist deren Beweistauglichkeit zu beurteilen.

2.2



2.2.1. Anlässlich der Erstbegutachtung im Februar 2013 gab der Beschwerdeführer an, er leide seit 30 Jahren unter Rückenschmerzen. Nach der Operation der Halswirbelsäule (Spondylodese HWS 6 bis BWS 1, IV-act. 28) habe er seine Arbeit trotz schmerzhafter Verspannungen im Nacken und Schulterbereich bald wieder aufnehmen können. Nach den beiden Hüftgelenksimplantationen (links 7. Juni 2010, IV-act. 80-8 ff.; rechts 16. Februar 2011, IV-act. 108-9 f.) sei er an Krücken gegangen, weshalb sich wieder Rücken- und Nackenschmerzen entwickelt hätten, die trotz Physiotherapie nicht besser geworden seien (IV-act. 165-21). Hauptbeschwerden seien nach wie vor chronische Schmerzen im Nacken, Schultergürtel und Beckengürtel. Die Nackenschmerzen seien dauerhaft und strahlten belastungsabhängig in den rechten Arm und den Hinterkopf aus. Er habe Kribbelparästhesien und häufig Krämpfe in der rechten Hand bzw. in den Fingern, aber nicht mehr die früheren Schmerzausstrahlungen vom Nacken her. Die Kreuzschmerzen strahlten entlang des Beckenkamms bis in die Leisten, links auch teilweise bis in den lateralen Ober- und Unterschenkel bis etwa auf Knöchelhöhe aus. Bezüglich der Hüftschmerzen äusserte er einerseits, diese hätten sich durch die Hüftoperation gebessert (IV-act. 165-27), andererseits bezeichnete er diese als nach wie vor stark (IV-act. 165-31). Auf der visuellen Schmerz-Analogskala betrage die Schmerzintensität zwischen 4/10 und 7/10, mit den Medikamenten komme es zu einer gewissen Besserung, die allerdings nicht lange anhalte. Aufgrund der Schmerzen sei er im Alltag eingeschränkt, könne nicht mehr lange sitzen, stehen und gehen, nicht mehr schwer heben und tragen und seinen geliebten Beruf als Tunnelbauer nicht mehr ausüben. Er erwache regelmässig gegen 03.00 Uhr nachts (IV-act. 165-23, 27, 31). Die Therapie in der Klinik Valens (vom 19. September bis 9. Oktober 2011, IV-act. 120) sei streng gewesen (noch "schlimmer als im Militär"), habe aber nicht geholfen. Im Gegenteil sei er depressiv geworden, habe sich zunehmend zurückgezogen und sei ständig nervös und aggressiv gewesen. Er sei von der im März 2012 erhaltenen Kündigung überrascht gewesen und in ein "Loch gefallen" und habe auch Suizidgedanken gehabt. In der Tagesklinik (13. Januar bis 30. Juli 2012, IV-act. 139, 146) habe er gelernt mit der Situation umzugehen und sei etwas ruhiger geworden (IV-act. 165-21, 31). Die aktuelle Behandlung umfasse ambulante Gesprächstherapie alle drei bis vier Wochen und 1 Tbl. Valdoxan abends (IV-act. 165-31). Zur seit 1. November 2012 ausgeübten Tätigkeit im Rahmen des Einsatzprogramms bei der M.____ (vgl. IV-act. 181-4 ff.) äusserte der Beschwerdeführer,



es handle sich um eine leichte Montagearbeit (Falten von Kartons; IV-act. 165-18), die ihn nervös mache, weil er kein Ergebnis sehe und sie nicht als richtige Arbeit wahrnehme. Er habe immer schon gerne gelesen, wobei nach längerer Dauer die Konzentration nachlasse. Er habe auch berufsbedingt wenig Kollegen und lose Kontakte zu ihnen. Er treffe sich jetzt vor allem mit Familienmitgliedern, gehe regelmässig nach draussen. Seit er nicht mehr arbeite, fühle er sich wertlos, habe weniger Kraft als früher und fühle sich schneller erschöpft (IV-act. 165-32).

2.2.2. Anlässlich der Verlaufsbegutachtung vom 17./18. Mai 2016 schilderte der Beschwerdeführer, seit der letzten Begutachtung vor dreieinhalb Jahren gehe es ihm deutlich schlechter. Nach verschiedenen Arbeitsversuchen habe er deutlich mehr Beschwerden im Nacken und im Beckengürtel (IV-act. 260-26). Im Jahr 2015 habe er trotz der Schmerzen einen Arbeitsversuch unternommen (berufliche Abklärung Q.____, vom 19. Januar bis 17. April 2015, IV-act. 197, IV-act. 209). Er habe in dieser Zeit sehr viel Schmerzmittel einnehmen müssen, um die Schmerzen auszuhalten. Nach einer bis eineinhalb Stunden seien die Schmerzen stark geworden und er habe meist nach drei bis vier Stunden nach Hause gehen müssen (IV-act. 260-27). Mit der sehr leichten, "kleinen" Arbeit habe er keine Geduld gehabt, er sei sich solche nicht gewohnt (IV-act. 260-36). Auch wenn er jetzt nichts tue, habe er Schmerzen, sogar im Sitzen. Diese nähmen, sobald er sich körperlich belaste, zu, vor allem im Kreuz und im Schultergürtel. Vor Schmerzen beginne er dann zu zittern. Auf der visuellen Analogskala betrage die Schmerzintensität in Ruhe 4 bis 5, nach einer Stunde Arbeit 7 bis 8. Er könne sich dann nicht konzentrieren, müsse sich hinlegen (IV-act. 260-27). Er wache wegen der Schmerzen, aber auch wegen seiner Nervosität auf. Er vergesse immer wieder Sachen, habe Mühe, sich zu konzentrieren und sei insgesamt seit 2013 deutlich nervöser geworden. Das Hin und Her um die Rente und finanzielle Situation belaste ihn. Seit der Sistierung der zunächst zugesprochenen Rente ergehe es ihm schlechter und er könne sich weniger freuen (IV-act. 260-36). Er lese gerne, habe dies aber in letzter Zeit wegen seiner Nervosität und fehlender Freude nicht mehr getan. Er fahre nur noch kurze Strecken Auto (IV-act. 260-37). Sein Tagesablauf sei strukturiert; er koche Frühstück und Mittagessen, da die Ehefrau zur Arbeit gehe. Sie koche das Nachtessen. Er gehe häufig spazieren, schaue fern und treffe sich mit Kollegen (IV-act. 260-31 f.). Er habe einmal monatlich Therapie, an Medikamenten erhalte er Palexia



retard 2 x 100 mg, Sertralin 100 mg, Valdoxan 25 mg und Temesta 1 - 2 x 1 mg (ein- bis dreimal pro Woche; IV-act. 260-27, 37).

2.3. Bildgebend zeigten sich an der HWS und an der LWS degenerative Veränderungen: So fanden sich an der HWS Unkovertebralarthrosen und foraminale Stenosen (MRI vom 19. Juli 2011, IV-act. 153-5 f.) sowie Osteochondrosen und Spondylosen (IV-act. 165-27 f.; IV-act. 222-8 ff.; IV-act. 260-33). An der LWS liessen sich eine Diskushernie LWK 1/2, Bandscheibenprotrusionen ohne laterale Wurzelkompression sowie polysegmentale Degenerationen mit ausgeprägten spangenbildenden Spondylophyten (MRI vom 19. Juli 2011; IV-act. 153-5 f.) sowie zunächst lediglich Spondylosen (Erstgutachten, IV-act. 165-27 f.), später Chondrosen mit teilweise ausgeprägter Spondylose (Dr. R.____, IV-act. 222-10) bzw. eine spondylotische Reaktion (Verlaufsgutachten, IV-act. 260-33) feststellen. Klinisch-funktionell wurden sowohl an der HWS als auch an der LWS Endphasenschmerzen bei den untersuchten Bewegungen erhoben, wobei Dr. R.____ zusätzlich jeweils eine um einen Drittel eingeschränkte Beweglichkeit notierte (Erstgutachten vom 30. März 2013, IV-act. 165-27 f.; Bericht Dr. R.____ vom 25. März 2015, IV-act. 222-8 ff., Verlaufsgutachten vom 24. September 2016, IV-act. 260-32).

2.4. Im Erstgutachten vom 30. März 2013 hielt der rheumatologische Gutachter Dr. P.____ fest, aufgrund der aktuellen klinischen und auch radiologischen Befunde sei in einer angepassten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit mit häufig möglichem Wechsel der Körperposition (sitzend, gehend) ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule ohne wiederholte Arbeiten über Kopf und ohne häufiges Treppensteigen aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-act. 165-30). Aufgrund der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ist in der Klinik Valens eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert, jedoch nicht näher begründet worden (IV-act. 165-29 f.). Der Bericht der Klinik Valens vom 3. November 2011 (IV-act. 120) hob eine gute Leistungs- und Belastungsbereitschaft und Konsistenz bei den arbeitsbezogenen Tests hervor. Es wurde ausgeführt, das relevante Problem seien verminderte Belastbarkeiten der Lendenwirbelsäule, beider Hüftgelenke und des Nackens, welche sich beim Hantieren von Lasten sowie beim Einnehmen von länger andauernden statischen Körperpositionen zeigten. Beim Gehen sei noch ein geringes Entlastungshinken



sichtbar. Der Versicherte sei unter Berücksichtigung seiner ergonomischen Leistungsfähigkeit für eine im Wesentlichen leichte bis mittelschwere Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis 20 kg in einem 50 % Pensum arbeitsfähig (IV-act. 120-5). Woraus genau die immerhin hälftige Einschränkung resultiert, wurde nicht ausgeführt. Auch wurden seltene Gewichtsbelastungen bis 20 kg immerhin als zumutbar erachtet. Im Verlaufsgutachten vom 24. September 2016 führte der rheumatologische Gutachter Dr. U.____ aus, insgesamt seien die Befunde verglichen mit denjenigen des Gutachtens von Anfang 2013 weniger schlimm. Insbesondere sei die LWS-Beweglichkeit deutlich besser und die periartikulären Schmerzen im Bereich der Hüfte seien quasi verschwunden. Die damalige Diagnose einer Periarthropathie coxae rechts könne nicht mehr gestellt werden. Aus rheumatologischer Sicht sei der Versicherte für die schwere und harte Arbeit als Tunnelbauer nicht mehr arbeitsfähig. In einer wechselbelastenden, stehenden, gehenden und eventuell sitzenden Tätigkeit ohne repetitives Heben von Lasten über 5 bis 7 kg und ohne einmaliges Heben von über 15 kg sowie ohne Arbeiten in Zwangshaltung, vor allem ohne Extension von HWS und LWS, sei jedoch eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (IV-act. 260-35, 48).

2.5. Der psychiatrische Gutachter führte im Erstgutachten vom 30. März 2013 aus, der Versicherte leide an einer leichten depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00; IV-act. 165-35). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 165-35). Die von Dr. L.____ gemäss Bericht vom 17. April 2012 (IV-act. 139) diagnostizierte mittelgradige depressive Episode sei aufgrund der berichteten Psychopathologie nachvollziehbar. Die (von ihr ab 23. Januar 2012 [IV-act. 139-2] attestierte) 100 %ige Arbeitsunfähigkeit könne nachvollzogen werden, der Versicherte sei zu diesem Zeitpunkt auch in der Tagesklinik gewesen (IV-act. 165-35 f.). Im Bericht vom 16. August 2012 (IV-act. 146) berichte sie von einer Stabilisierung des psychischen Zustandes, sodass davon auszugehen sei, dass sich die mittelgradige depressive Episode gebessert habe, was mit der aktuellen Untersuchung übereinstimme (IV-act. 165-36). Die vom Versicherten angegebenen Schmerzen seien vollumfänglich somatisch erklärbar, sodass keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder andere somatoforme Störung vorliege (IV-act. 165-34). Im Verlaufsgutachten vom 24. September 2016 hielt der psychiatrische Experte fest, die Schmerzen stünden nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Versicherten, das inhaltliche Denken sei nicht auf die Schmerzsymptomatik fixiert.



Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fänden sich nicht, der Versicherte mache bezüglich der Schmerzen auch aktuell keine Therapie. Ein Leidensdruck bezüglich der Schmerzen sei während des Gesprächs mit Ausnahme eines einmaligen schmerzbedingten Positionswechsels nicht erkennbar. Auch eine Einschränkung im Alltag durch die Schmerzen sei nicht erkennbar. Der Versicherte könne eine Tagesstruktur aufrecht erhalten, gehe regelmässig einkaufen, treffe Kollegen und sei im Vorjahr drei Wochen im Heimatland gewesen (IV-act. 260-40, 49, 51).

2.6. In der Konsensbeurteilung führten die Gutachter aus, das alleinige schmerzbedingte Scheitern der beruflichen Massnahmen, insbesondere des dreimonatigen Arbeitstrainings im Frühjahr 2015, legitimierte per se bei unveränderten (sogar gebesserten) Befunden und Diagnosen keine andere Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich sei zu vermerken, dass sich der Versicherte nur mit dem Beruf eines Tunnelbauers identifizieren könne und daher wenig motiviert sei, einer anderen Tätigkeit nachzugehen. Ferner sei davon auszugehen, dass der Versicherte, der seit 2010 nicht mehr gearbeitet habe, inzwischen erheblich deconditioniert und sich wahrscheinlich nicht mehr gewöhnt sei, regelmässig zu arbeiten. Dass es in diesem Zustand zu einem raschen Auftreten von Schmerzen bei der Wiederaufnahme einer regelmässigen, wenn auch körperlich leichten Tätigkeit kommen könne, sei durchaus verständlich, rechtfertige aber keine Invalidität (IV-act. 260-51). Dies lässt sich anhand des Aktenverlaufs gut nachzeichnen: Nachdem sich der Versicherte in der Klinik Valens nach Kräften um die Wiedererlangung seiner Gesundheit bemüht hatte, musste er erkennen, dass eine Rückkehr in seinen geliebten Beruf als Tunnelbauer nicht mehr möglich war. Er entwickelte eine Depression. Zum vom 6. November 2012 bis 30. April 2013 absolvierten Einsatzprogramm bei der M.____, wo er nach eigener Aussage mit einem Pensum von zwei Halbtagen an seine Grenze gekommen sei (IV-act. 181-1 ff.), gab er anlässlich der Erstbegutachtung an, diese Arbeit mache ihn nur nervös, er sehe kein Ergebnis, es sei für ihn "keine richtige Arbeit" (IV-act. 165-32). Auch im Schlussbericht betreffend die berufliche Eingliederungsmassnahme im Q.____ vom 19. Januar bis 17. April 2015 wurde ausgeführt, es gelinge dem Beschwerdeführer nicht, sich für eine neue berufliche Perspektive zu öffnen. Zu verhärtet sei sein Blick auf seine berufliche Vergangenheit



und zu gross die Enttäuschung, in seinem geliebten Beruf nicht mehr arbeiten zu können, weil "sein Körper kapituliere" (IV-act. 209-6).

2.7. Der Beschwerdeführer erwähnte während der Verlaufsbeurteilung, es gehe ihm insbesondere nach der zunächst verfügt und ausbezahlt, dann aber überraschender Weise erfolgten Einstellung der Zahlung und Aberkennung des Anspruchs deutlich schlechter (IV-act. 206-39). Offenbar haben nicht vermehrte Schmerzen zu einer Verschlechterung der subjektiven Befindlichkeit geführt. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer während der Verlaufsbeurteilung mehrfach erwähnte, regelmässig die verordneten Medikamente einzunehmen (IV-act. 260-36 Ende oberes Drittel, IV-act. 260-31 unten). Im Gegensatz dazu konnte im erhobenen Medikamentenspiegel nur eine Substanz nachgewiesen werden (Sertralin, gemäss www.compendium.ch ein antidepressiver Wirkstoff) und auch diese nur in einem weit unter dem Therapeutischen liegenden Bereich (IV-act. 260-30). Zusammenfassend ergibt sich, dass die somatischen Befunde betreffend Schultern, Hüften, HWS und LWS allesamt keine objektivierbaren schwerwiegenden Defekte zeigten, keine Entzündungswerte festgestellt wurden und sich auch der Beschwerdeführer selbst nicht schmerzgeplagt präsentierte (vgl. IV-act. 206-40 Mitte). Dies korreliert auch mit dem von ihm angegebenen, durchaus strukturierten Tagesablauf, den Interessen, dem Unternehmen von Autofahrten sowie Reisen ins Heimatland (IV-act. 206-40 Mitte) und nicht zuletzt auch mit der Nichteinnahme von Medikamenten sowie der Nichtinanspruchnahme von Physiotherapie oder ähnlichem. Dass sich die Schmerzen bei einer Tätigkeit verstärken würden und dass dies nicht zuletzt auch durch die Dekonditionierung bedingt ist, ist plausibel, spricht jedoch nicht gegen die Zumutbarkeit einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für optimal angepasste Tätigkeiten. Nicht zuletzt gibt der Beschwerdeführer selbst an, gut sitzen und ca. eine Stunde laufen zu können (IV-act. 260-31, 34).

2.8. Gesamthaft sind die aktuellen sowie die früheren gutachterlichen Einschätzungen überzeugend. Auch der RAD bestätigte in der Stellungnahme vom 19. Dezember 2013 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten (IV-act. 185). Zudem bemerkte er zur Frage, ob das Ergebnis des Einsatzprogrammes mit den Resultaten der medizinischen Beurteilung vereinbar sei, es sei nicht bekannt, ob dem Versicherten anlässlich der Beurteilung diese Einschätzung auch mitgeteilt worden



sei (IV-act. 185). In der Stellungnahme vom 18. Juni 2015 zum Schlussbericht zur später im Q.____ durchgeführten beruflichen Eingliederung vom 10. April 2015 (IV-act. 209) sowie zum Untersuchungsbericht von Dr. R.____ vom 25. März 2015 (IV-act. 222) erklärte die RAD-Ärztin jedoch plötzlich, dass medizinisch-theoretisch weiterhin von einer adaptierten Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen sei. Dass und warum die früher von ihr bestätigte 100%-ige Arbeitsfähigkeit nicht mehr gelten solle, führte sie nicht aus. Insbesondere nahm sie dazu auch nicht im Kontext der Einschätzung der Gutachter Stellung (IV-act. 225). Dr. R.____ schloss sich – offenbar ohne Kenntnis vom aktuelleren Gutachten zu haben – der Einschätzung der Klinik Valens aus dem Jahre 2011 an (IV-act. 222). Seine Beurteilung erfolgte nach dem Beginn der beruflichen Massnahme, während welcher auch die Gutachter eine vorübergehende Verstärkung der Schmerzwahrnehmung für nachvollziehbar hielten (IV-act. 260-51).

2.9. Insgesamt erscheinen die gutachterlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar. Die Gutachter hatten Kenntnis der Einschätzung der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik Valens (Bericht vom 3. November 2011, IV-act. 120), der Ergebnisse des Einsatzprogramms bei der M.____ (Bericht vom 30. April 2013, IV-act. 181-4 ff.) sowie der beruflichen Eingliederungsmassnahme im Q.____ (Schlussbericht vom 16. April 2015, IV-act. 209) und legten dar, weshalb von diesen Einschätzungen aus versicherungsmedizinischer Sicht abzuweichen sei. Auch die bundesgerichtliche Rechtsprechung betont, dass die Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache den ärztlichen Fachkräften obliege (Urteil vom 16. März 2017, 9C_646/2016, E. 4.2.2), dass berufliche Massnahmen nicht die Leistungseinschätzung zum Ziel hätten und auf ein Gutachten abzustellen sei, sofern sich dieses sowohl mit den Resultaten des Aufbautrainings als auch mit den verschiedenen Diagnosen der medizinischen Vorakten einlässlich auseinandersetzt gesetzt habe (vgl. Urteil vom 20. November 2013, 8C_142/2013, E. 3.5); zudem setze die Infragestellung des Gutachtens einen einwandfreien Arbeitseinsatz voraus (Urteile vom 15. Dezember 2015, 9C_554/2015, E. 3.4 und vom 25. Juni 2014, 8C_362/2014, E. 5.1.2), wovon vorliegend aufgrund der fehlenden Motivation des Beschwerdeführers, eine andere Tätigkeit als diejenige des Tunnelbauers auszuüben, für die Arbeitseinsätze des Beschwerdeführers nach dem Aufenthalt in der Klinik Valens nicht ausgegangen werden kann. Auf die Ergebnisse der



Gutachten ist somit abzustellen und der Beschwerdeführer ist spätestens ab 1. März 2013 (gutachterliche Untersuchungen am 8., 27. und 28. Februar 2013) zu 100 % arbeitsfähig für dem Leiden angepasste Tätigkeiten.

3.

3.1. Die zur zweiten Anmeldung führende Hüftgelenksnekrose verursachte im April 2010 erstmals aktenkundig Beschwerden, die zu einer Krankschreibung führten (Arztbericht Dr. I.____ vom 30. Juli 2010, IV-act. 81-5 ff.), womit das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG begann. Bei Anmeldung am 8. Juni 2010 besteht somit ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. April 2011.

3.2. Aus somatischer Sicht bestand aufgrund der Hüftoperationen und der Rehabilitation eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bis zum Austritt aus der Klinik Valens bzw. bis 30. Oktober 2011. Die Klinik Valens attestierte zwar eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit (Bericht vom 3. November 2011, IV-act. 120), jedoch war der Beschwerdeführer ab 23. Januar 2012 bis 16. August 2012 erneut zu 100 % arbeitsunfähig (psychiatrisches Gutachten, IV-act. 165-36; Berichte Dr. L.____ vom 17. April 2012, IV-act. 139, und vom 16. August 2012, IV-act. 142). Da die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von 0 % auf 50 % lediglich vom 30. Oktober 2011 bis 23. Januar 2012 dauerte, ist gemäss der nicht gegebenen Dauer von drei Monaten laut Art. 88a Abs. 1 IVV für den Rentenanspruch von einer durchgehenden 100 %igen Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. November 2012 auszugehen.

3.3. Ab 1. Dezember 2012 bestand aus somatischen Gründen gemäss der Klinik Valens wiederum eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdegegnerin geht jedoch in der angefochtenen Verfügung vom 20. Juli 2017 davon aus, dass die 50 %ige Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der gesamten Konstellation nicht verwertbar gewesen sei (IV-act. 280-5). Mit Blick auf das Bestehen sowohl somatischer als auch psychischer Einschränkungen, die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und vor allem die Tatsache, dass der Beschwerdeführer vom 1. November 2012 bis 30. April 2013 ein Einsatzprogramm über das RAV absolvierte, ist dies nicht zu beanstanden. Somit ist bis zur Kenntnis der gutachterlichen Einschätzung mit Gutachten vom 30. März 2013 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Der Beschwerdeführer hat daher



St.Galler Gerichte

unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV vom 1. April 2011 bis 30. Juni 2013 einen befristeten Anspruch auf eine ganze Rente.

3.4. Ab 30. März 2013 ist von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Nach Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2010 ein Jahreseinkommen von $13 \times \text{Fr. } 6'321.-- = \text{Fr. } 82'173.--$ erzielt (Angaben vom 5. Juli 2010, IV-act. 71-3). Dabei handelt es sich jedoch um den Grundlohn, zu welchem weitere für das Valideneinkommen zu berücksichtigende Lohnbestandteile hinzukommen. So wies der Beschwerdeführer in seiner Anmeldung vom 8. Juni 2010 auf einen "Zusatzlohn (Spesen)" in der Höhe von $\text{Fr. } 2'000.--$ monatlich hin (IV-act. 61-6) und erwähnte Zulagen für Nachtschicht, Reisespesen und Tunnelbau von $\text{Fr. } 1'500.--$ bis $\text{Fr. } 2'000.--$ im Gesprächsprotokoll Früherfassung vom 1. Juni 2010 (IV-act. 59-2). Dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) sind für die Jahre 2003 bis 2007 vor Eintritt des erstmaligen Gesundheitsschadens folgende Einkommen zu entnehmen, die jeweils um die Nominallohnerhöhung bis zum Jahr 2013 (Indices gemäss Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik [BFS], T39, Männer) aufzurechnen sind:

2003

Fr. 90'608.-- : 1958×2204

Fr. 101'992.--

2004

Fr. 86'528.-- : 1975×2204

Fr. 96'561.--

2005

Fr. 86'226.-- : 1992×2204

Fr. 95'403.--



2006

Fr. 106'500.-- : 2014 x 2204

Fr. 116'547.--

2007

Fr. 95'184.-- : 2047 x 2204

Fr. 102'484.--

Im Durchschnitt ergibt sich ein indexiertes Jahreseinkommen von Fr. 102'597.--. Da anzunehmen ist, dass der Beschwerdeführer dieses im hypothetischen Gesundheitsfall weiterhin erzielt hätte, entspricht dies dem Valideneinkommen. Basis der Bemessung des Invalideneinkommens bildet das Durchschnittseinkommen gemäss BFS, Lohnstrukturhebung (LSE) 2013, Männer, Kompetenzniveau 1 von Fr. 65'654.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019, Anhang 2). Dass der Beschwerdeführer seine ehemalige körperliche Schwerarbeit nicht mehr ausführen kann, rechtfertigt einen Tabellenlohnabzug von mindestens 10 % (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 3). Somit resultiert ein Invaliditätsgrad von 42,4 % ([Fr. 102'597.-- - {0,9 x Fr. 65'654.--}] : Fr. 102'597.--). Der Beschwerdeführer hat somit ab 1. Juli 2013 Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.

Zu befinden bleibt über den ebenfalls zum Streitgegenstand gehörenden Anspruch auf berufliche Massnahmen. Diese müssen zur Erfüllung des Eingliederungsziels geeignet sein, was unter anderem voraussetzt, dass sich die versicherte Person subjektiv eingliederungsfähig fühlt (vgl. S. Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011, N 124, mit Verweisen auf die Rechtsprechung). Aufgrund der wie dargelegt fehlenden Motivation, einen anderen Beruf als den bisherigen des Tunnelbauers zu ergreifen und der subjektiven Arbeitsunfähigkeit ist aktuell nicht von einer Eignung beruflicher Massnahmen auszugehen. Der



Beschwerdeführer kann sich jedoch diesbezüglich jederzeit bei der Beschwerdegegnerin neu anmelden, worauf sie den Anspruch neu zu prüfen hätte.

5.

5.1. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung vom 1. April 2011 bis 30. Juni 2013 eine ganze Rente und ab 1. Juli 2013 eine Viertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung vom 1. April 2011 bis 30. Juni 2013 eine ganze Rente und ab 1. Juli 2013 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.