



Fall-Nr.: IV 2024/180
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 11.09.2026
Entscheiddatum: 05.05.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 05.05.2026

Art. 28 IVG. Invalidenrente. Gutachten. Das polydisziplinäre Gutachten ist schlüssig und nachvollziehbar, weshalb auf die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % abzustellen und ein Rentenanspruch zu verneinen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Mai 2026, IV 2024/180).

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht
Abteilung I

Entscheid vom 5. Mai 2026

Besetzung Versicherungsrichterin Tanja Petrik-Haltiner (Vorsitz), Versicherungs-
richtерinnen Marie Löhner und Michaela Machleidt Lehmann;
Gerichtsschreiberin Jeannine Wiessner-Bodmer

Geschäftsnr. IV 2024/180

Parteien **A.____,**

Beschwerdeführer,

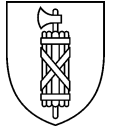
vertreten durch die Sozialen Dienste der Stadt St.Gallen, Brühlgasse 1,
9004 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand **Rente**



Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 5. März 2022 wegen Rückenproblemen bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 1-8). Sein Hausarzt Dr. med. B.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, hatte ihm ab 3. November 2021 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 2). Die C.____ AG, für welche der Versicherte seit 1. Juli 2020 in einem 50 %-Pensum arbeitete, kündigte ihm das Arbeitsverhältnis per 31. Mai 2022 (IV-act. 24-9 ff.). Durch Mitteilung vom 22. November 2022 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 57).

A.b Vom 9. bis 11. Januar 2023 wurde der Versicherte im Kantonsspital St. Gallen hospitalisiert, wo er sich einer osteoligamentären Dekompression L4/5 von links durch mikrochirurgische Technik unterzog (IV-act. 61-5 f.).

A.c Gemäss dem Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin, vom 20. Juli 2023 litt der Versicherte unter einer funktionellen Dyspepsie bei unauffälliger Abdomen-Sonographie (IV-act. 108-7 f.).

A.d Im interdisziplinären Gutachten vom 26. März 2024 diagnostizierten die Gutachter der SMAB AG St. Gallen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0/F32.1) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Die Arbeitsfähigkeit sei wegen eines reduzierten Arbeitstempos und erhöhter Pausenbedürftigkeit um 20 % vermindert (IV-act. 128-7 f.). RAD-Ärztin Dr. med. E.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, erachtete das Gutachten als plausibel und nachvollziehbar, weshalb auf seine Befunde abgestellt werden könne (IV-act. 130).

A.e Mit Vorbescheid vom 8. April 2024 stellte die IV-Stelle dem Versicherten eine Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 134-1 f.).

A.f Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch die Sozialen Dienste der Stadt St. Gallen, am 2. Mai 2024 Einwand erheben und die Zusprache der ihm zustehenden IV-Leistungen beantragen (IV-act. 141).

A.g Die RAD-Ärzte Dr. med. F.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Arbeitsmedizin, und Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, nahmen zu den Argumenten im Einwand am 31. Mai und 21. August 2024 Stellung. Sie hielten dabei vollumfänglich an der Schlüssigkeit der gutachterlichen Beurteilung fest (IV-act. 144).



A.h Am 23. August 2024 verfügte die IV-Stelle eine Abweisung des Leistungsbegehrens. Sie begründete dies mit einem IV-Grad von 20 % bis 31. Dezember 2023 und von 28 % ab 1. Januar 2024 (IV-act. 145).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde des Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch die Sozialen Dienste der Stadt St. Gallen, vom 12. September 2024 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache einer Invalidenrente. Eventualiter sei eine erneute versicherungsexterne medizinische Begutachtung durchzuführen. Zudem sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2024 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

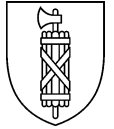
B.c Am 5. November 2024 bewilligt das Versicherungsgericht den Antrag des Beschwerdeführers auf unentgeltliche Rechtspflege im Rahmen der Befreiung von den Gerichtskosten für das Beschwerdeverfahren (act. G 6).

B.d Mit Schreiben vom 20. November 2024 verzichtet der Beschwerdeführer auf die Einreichung einer Replik (act. G 8).

Erwägungen

1.

1.1 Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der dazugehörigen Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) sowie am 1. Januar 2024 eine Änderung betreffend die Bestimmung des Invalideneinkommens nach Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in Kraft getreten. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 23. August 2024. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands bzw. im Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs Geltung haben (BGE 144 V 213 E. 4.3.1; vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz 9101). Die IV-Anmeldung erfolgte am 5. März 2022 (IV-act. 1). Somit hätte, die Erfüllung des Wartejahrs nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vorausgesetzt, ein allfälliger Rentenanspruch frühestens nach Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG, folglich im September 2022 entstehen können. Demnach sind im vorliegenden Fall die ab 1. Januar 2022 gültigen Bestimmungen des IVG anwendbar.

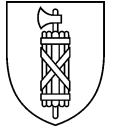


1.2 Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung der IVV per 1. Januar 2024 finden auf alle Rentenansprüche, die vor dem 1. Januar 2024 entstehen, die Bestimmungen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2023 Anwendung. Besteht der Rentenanspruch über den 31. Dezember 2023 hinaus, so sind ab dem 1. Januar 2024 die Bestimmungen der IVV in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2024 anwendbar. Die Erhöhung der Rente erfolgt per 1. Januar 2024. Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültigen Fassung wurde sodann vom Bundesgericht als teilweise bundesrechtswidrig eingestuft (vgl. BGE 150 V 410; vgl. dazu auch IV-Rundschreiben Nr. 445 des BSV vom 26. August 2024).

1.3 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die medizinische und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der medizinischen Sachverständigen 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). Im Weiteren sind die Auskünfte medizinischer Sachverständiger eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261



E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Berichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

2.

2.1 Zunächst ist die medizinische Aktenlage zu prüfen. Insbesondere ist zu untersuchen, ob auf das vorliegende SMAB-Gutachten vom 26. März 2024 abgestellt werden kann und ob dieses eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erlaubt.

2.2

2.2.1 Wie der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner Beurteilung und der Plausibilitätsprüfung festhielt, zeigten sich Inkonsistenzen zwischen dem Äusseren (wohl *Äusserungen*) des Beschwerdeführers zu seiner psychischen Befindlichkeit und zu den Beobachtungen in der Untersuchungssituation. So habe der Beschwerdeführer geäussert, er könne nicht lachen, empfinde keine Freude. In der Untersuchungssituation habe sich der Beschwerdeführer aber recht gut schwingungsfähig gezeigt und im Weiteren erzählt, dass er im Laufe des Tages überwiegend fern schaue. Manchmal gehe er in die Stadt und nehme sich vor, ein bis zwei Stunden zu bleiben. Wenn er sich mit einem seiner beiden Kollegen treffen könne, sei er dann noch etwas länger in der Stadt. Die Kollegen hätten aber nicht viel Zeit, da sie arbeiten müssten. Oft sei er alleine in der Stadt und wisse nicht so recht, was er machen solle. Nach einer halben Stunde habe er genug und gehe wieder nach Hause. Der Beschwerdeführer beschreibe deutlich, dass er gerne mehr Zeit mit den Kollegen verbringen würde, wenn diese mehr Zeit hätten. Das spreche deutlich dagegen, dass er keine Freude empfinden könne. Ferner äussere der Beschwerdeführer, er habe keine Energie, was ebenfalls nicht zur Untersuchungssituation passe. Hier zeige sich unter Berücksichtigung der Psychomotorik und Gesprächsaktivität keine Antriebsminderung. Auch passe es nicht zu den von ihm formulierten Alltagsaktivitäten und Interessen (IV-act. 128-32).



2.2.2 Gemäss psychiatrischem Gutachter standen beim Beschwerdeführer Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates im Vordergrund. Von psychiatrischer Seite sei daher zu prüfen, ob gegebenenfalls eine somatoforme Schmerzstörung vorliege. Eingangsvoraussetzung für diese Diagnose sei eine Diskrepanz zwischen den Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers und organmedizinischen bzw. orthopädischen Befunden. Bei Vorliegen der genannten Diskrepanz ergebe sich allerdings keinesfalls per se, dass die Schmerzsymptomatik somatoform bzw. psychogen überlagert sei. Eine Diskrepanz ergebe sich auch bei Aggravation, gegebenenfalls spiele auch beides (Aggravation und psychogene Belagerung) eine Rolle. Im Rahmen der aktuellen orthopädischen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer auffällig gezeigt. So sei bei der klinischen Untersuchung eine Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule demonstriert worden, der FBA (Finger-Boden-Abstand) habe 40 cm betragen. Bei der Untersuchung im Langsitz auf der Untersuchungsfläche habe sich eine gute Beweglichkeit der LWS mit Fingerspitzen-Fusssohlen-Abstand von 20 cm gezeigt. Diese Diskrepanz stelle entsprechend orthopädischer Einschätzung eine massive Inkonsistenz dar. Auch passe der angegebene passive Tagesablauf nicht zum Vorliegen einer deutlichen Hornhautbildung an den Fusssohlen. Die genannten Diskrepanzen liessen sich weder durch organmedizinisch bedingte noch durch psychogen bedingte Schmerzen erklären, sondern sie würden aus psychiatrischer Sicht als Ausdruck von Aggravation eingeschätzt. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung lasse sich damit nicht stellen (IV-act. 128-34).

2.2.3 Der Beschwerdeführer habe neben Schmerzen auch Sensibilitätsstörungen beklagt, die von neurologischer Seite nicht nachvollziehbar seien. Vor dem Hintergrund der bereits dargelegten Inkonsistenzen gingen die Gutachter davon aus, dass hier mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein psychogener Hintergrund vorliege. Der Beschwerdeführer beschreibe weiter eine depressive Symptomatik, wobei die diagnostische Einschätzung aufgrund von Inkonsistenzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und den Beobachtungen während der Untersuchungssituation erschwert sei. Es sei davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer eine deutliche Beschwerdebetonung vorliege. Nach Abzug von Beschwerdebetonung und Aggravation ergebe sich, dass eine depressive Stimmung durchaus vorliege, aber nicht im Ausmass wie vom Beschwerdeführer beschrieben (dass er keine Freude mehr empfinden könne etc.). Es bestehe auch keine schwerer ausgeprägte Antriebsminderung, eine solche hätte sich auch in der Untersuchungssituation zeigen müssen, was nicht der Fall gewesen sei. Insgesamt ergebe sich, dass sich beim Beschwerdeführer allenfalls die Diagnose einer leicht- bis mittelgradig depressiven Episode (ICD-10: F32.0/F32.1) stellen lasse (IV-act. 128-34).

2.2.4 Beim Beschwerdeführer sei bereits in der Vergangenheit die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) gestellt worden. Diese Diagnose ergebe sich auch aktuell. Hinsichtlich der Begründung sei zunächst zu prüfen, ob das sogenannte Traumakriterium vorliege.



Gemäss ICD-10 komme die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nur in Frage, wenn das erlebte Ereignis die folgenden Voraussetzungen erfülle: Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmass bzw. Erleben, Beobachten oder Konfrontation mit einem oder mehreren Erlebnissen, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltet. Ein solches Ereignis habe der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der Ermordung seiner Schwester geschildert. Der Beschwerdeführer sei zu diesem Zeitpunkt acht bis neun Jahre alt gewesen. Er habe des Weiteren auch Intrusionen geschildert und ein Vermeidungsverhalten beschrieben. Ein ausgeprägtes Hyperarousal liege nicht vor, der Beschwerdeführer sei zwar angespannt, wenn seine insbesondere jüngeren Kinder ausser Haus seien, insbesondere wenn es dunkel werde, dies könne als Hyperarousal-Symptom interpretiert werden; eine durchgehende übermässige Wachsamkeit, ein durchgehendes Gefühl, auf der Hut sein zu müssen, mit daraus resultierender vermehrter Schreckhaftigkeit, liege nicht vor. Insgesamt ergebe sich aber dennoch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Des Weiteren habe der Beschwerdeführer nachvollziehbar die Symptomatik einer Akrophobie (Höhenangst; ICD-10: F40.2) beschrieben (IV-act. 128-34 f.).

2.2.5 Gestützt darauf diagnostizierte der psychiatrische Gutachter mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine leichte- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0/F32.1) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Die vorliegende Akrophobie (ICD-10: F40.2) sei ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 128-35).

2.3

2.3.1 In ihrer Gesamtbeurteilung befanden die Gutachter, es bestehe ausschliesslich eine psychiatrisch bedingt verminderte Arbeitsfähigkeit (IV-act. 128-8), welche sich aus den zwei vom psychiatrischen Gutachter begründeten Diagnosen ergebe (vgl. oben E. 2.2.5). In der psychiatrischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer beschwerdebetonend gewirkt. Hinsichtlich seiner Stimmungslage und des Antriebs hätten die Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers nicht zu den Beobachtungen in der Untersuchungssituation und den anamnestischen Angaben zum Tagesablauf gepasst. Auf Inkonsistenzen sei auch von orthopädischer Seite hingewiesen worden: Trotz den angegebenen starken Schmerzen würden keinerlei Medikamente eingenommen, was aus orthopädischer Sicht die angegebenen Schmerzen stark relativiere (IV-act. 128-6).

2.3.2 In der neurologischen Untersuchung habe sich ein uneinheitliches Bild ergeben. Aus neurologischer Optik seien die Schmerzen als nachvollziehbar eingeschätzt worden, während der Untersuchung habe sich keine Verdeutlichung gezeigt. Die starke Passivität, welche der Beschwerdeführer während des Tages zeige, sei jedoch nicht durch die Schmerzsituation alleine zu



erklären. Es werde ferner darauf hingewiesen, dass die Seitendifferenz bezüglich Schmerz- und Temperaturempfinden nicht organisch zu erklären sei. Das gelte auch für die vom Beschwerdeführer angegebene Sensibilitätsstörung am linken Bein, für welche sich bei der neurologischen Untersuchung keine Entsprechung finde. Sodann habe der Internist darauf hingewiesen, dass es bemerkenswert sei, wenn der Beschwerdeführer eine Durchfallneigung bis zu 15 Mal pro Tag angebe und kein Antidiarrhoikum einnehme. Zusammenfassend würden sich unter Berücksichtigung sämtlicher Untersuchungen ganz erhebliche Hinweise für eine sehr ausgeprägte Beschwerdebetonung, wenn nicht Aggravation, ergeben (IV-act. 128-6 f.).

2.3.3 Als Quintessenz aus allen Fachgebieten bestehe eine leichte Verminderung der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit aufgrund vermehrter Erschöpfbarkeit. Die vermehrte Erschöpfbarkeit hänge zusammen mit der Depression, sei als Teil dieser Störung anzusehen, hänge aber auch zusammen mit der posttraumatischen Belastungsstörung. Aufgrund der letztgenannten Störung sei bei länger andauernden Intrusionen am Abend das Einschlafen gestört (IV-act. 128-7).

2.3.4 Als Ressourcen erörterten die Gutachter diverse berufliche Erfahrungen, einen stabilen familiären Hintergrund sowie gute Deutschkenntnisse (bei Migrationshintergrund). Diesen stünden als psychosoziale Belastungen das Fehlen einer Arbeitsstelle, die fehlende Berufsausbildung, eine schwierige finanzielle Situation sowie eine negative Selbsteinschätzung hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit gegenüber. Optimal angepasst wäre eine sachbezogene (ohne bzw. mit gegebenenfalls geringfügigem Kundenkontakt), gut strukturierte, regelmässige Tätigkeit ohne besonderen Zeitdruck oder Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. Es sollte keine Schichtarbeit getätigt werden. Möglich sei das Heben und Tragen von bis zu 15 kg, selten Arbeiten mit Vorneige- oder Zwangshaltung, selten Ersteigen von Leitern und Gerüsten. Es sollte sich um eine Wechselbelastung zwischen Sitzen, Stehen und Gehen handeln. Zudem sei ein Toilettenzugang erforderlich (IV-act. 128-8).

2.3.5 Die Arbeitsfähigkeit liege aufgrund eines reduzierten Arbeitstempos und erhöhter Pausenbedürftigkeit bei 80%. Dabei habe die Arbeitsfähigkeit vom 1. März 2021 (ein Jahr vor der IV-Anmeldung) bis 25. August 2022 noch 100 % betragen. Vom 26. August 2022 bis 8. Januar 2023 sei der Beschwerdeführer 80 % arbeitsfähig gewesen und vom 9. Januar bis 9. April 2023 0 %. Seither bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (IV-act. 128-8).

3.

3.1

3.1.1 Gegen das Gutachten bringt die Vertretung des Beschwerdeführers vor, es leide unter mehreren Mängeln, welche in der Konsensbeurteilung nicht hätten ausgeräumt werden können. So habe der



orthopädische Gutachter eine Inkonsistenz im gezeigten Bewegungsumfang beschrieben und ausgeführt, aus orthopädischer Sicht relativiere die fehlende Schmerzmitteleinnahme die angegebenen Schmerzen relativ stark (vgl. IV-act. 128-56). Demgegenüber habe der neurologische Gutachter festgehalten, die angegebenen Schmerzen seien nachvollziehbar und deckten sich mit den Schmerzbefunden muskuloskeletal tieflumbal, gluteal bis Trochanter major ziehend. Insofern bestehe ein Widerspruch zwischen den Teilgutachten zur Frage, ob die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen im Rückenbereich nachvollziehbar seien oder nicht (act. G 1, Ziff. II. 5).

3.1.2 Festzuhalten ist, dass aufgrund der Tatsache, dass im Rahmen der orthopädischen Begutachtung eine Aggravation festgestellt wurde, das Fehlen einer solchen im Rahmen der neurologischen Begutachtung noch keine Unvereinbarkeit zwischen den beiden Begutachtungen bedeuten muss. Vielmehr erscheinen die vom orthopädischen Gutachter bereits oben erwähnten Inkonsistenzen zwischen der Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule mit Finger-Boden-Abstand von 40 cm und der später guten Beweglichkeit mit einem Fingerspitzen-Fusssohlen-Abstand von 20 cm (vgl. Erwägung 2.2.2) sowie zwischen dem angegebenen passiven Tagesablauf und dem Vorliegen einer deutlichen Hornhautbildung an den Fusssohlen, nachvollziehbar begründet. Auch führte er weiter aus, dass das vom Beschwerdeführer angegebene strumpfförmige Taubheitsgefühl des gesamten linken Beines orthopädisch nicht erklärt werden könne (IV-act. 128-56). Sodann gab er in der Diagnose-Herleitung an, insgesamt verbleibe nach Dekompression eine endgradige Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule. Laut dem Fragebogen für Arbeitgebende vom 5. April 2022 entspreche jedoch die angestammte Tätigkeit aus orthopädischer Sicht bereits einer ideal adaptierten Tätigkeit, da lediglich manchmal Lasten bis zu 10 kg gehoben werden müssten und es sich um eine Wechseltätigkeit zwischen Sitzen, Gehen und Stehen handle. Schliesslich habe sich in der Röntgendiagnostik der linken Hüfte ein Normalbefund mit V.a. Impingement gezeigt. Vom Beschwerdeführer seien Schmerzen am Trochanter major links bei der klinischen Untersuchung angegeben worden. Klinisch hätten sich jedoch an beiden Hüften eine freie Beweglichkeit und keine Impingementzeichen gezeigt. Beim Fehlen von Funktionseinschränkungen bestehe kein spezifischer Handlungsbedarf und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diesbezüglich (IV-act. 128-57). Auch wenn der neurologische Gutachter keine derartigen Inkonsistenzen wie der Orthopäde festhielt, führten auch seine Befunde nicht zu Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken. Zwar könne eine passagere Reizung einer Nervenwurzel retrospektiv nicht vollständig ausgeschlossen werden, sie sei aber insgesamt wenig wahrscheinlich. Sicher könne aber gesagt werden, dass es durch eine allfällige Irritation nie zu einer Läsion einer lumbalen Nervenwurzel gekommen sei. Aktuell könne in den Provokationstests auch keine radikuläre Ausfallssymptomatik gesehen werden. Die Reflexbefunde und auch die sensiblen Befunde gäben keine Hinweise auf ein solches Problem. Eine leichte Seitendifferenz bezüglich Schmerz- und Temperaturempfinden sei bei der vorhandenen Dissoziation am ehesten funktionell, d.h. nicht organisch zu erklären. Dies gelte auch für die vom Beschwerdeführer angegebenen



Sensibilitätsstörungen am linken Bein, welche bei der neurologischen Untersuchung keine Entsprechung gefunden hätten. Auch fänden sich die typischen Zeichen eines Piriformis-Syndroms nicht, das immer wieder als Verdachtsdiagnose erwähnt worden sei (IV-act. 128-72). Nachdem sowohl die Ausführungen des orthopädischen als auch des neurologischen Gutachters in sich schlüssig und nachvollziehbar erscheinen und sie keine gegenteiligen Befunde enthalten, kann in ihren Feststellungen auch kein Widerspruch gesehen werden.

3.2 Weiter stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass die in den medizinischen Akten mehrfach zitierte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vom psychiatrischen Gutachter zu Unrecht verneint worden sei (act. G 1 Ziff. II. 6). Wie bereits in E. 2.2.2 ausgeführt, erörterte der psychiatrische Gutachter ausführlich, dass er aufgrund der im Rahmen der orthopädischen Begutachtung gezeigten Inkonsistenzen und Diskrepanzen, welche weder durch organmedizinisch bedingte noch durch psychogen bedingte Schmerzen erklärbar seien, von Aggravation ausging. Daher lasse sich die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht stellen (vgl. IV-act. 128-34). Nachdem diese Feststellungen im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung - und nicht wie beim Behandler üblicherweise aus einer Disziplin heraus - sowie unter Berücksichtigung sämtlicher Fachbereiche somit umfassend festgestellt wurden, kann ihnen gefolgt werden.

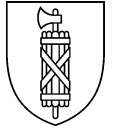
3.3 Sodann bemängelt der Vertreter des Beschwerdeführers, dass es die vom Gutachter gestellte Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0 / F32.1) nach ICD-10 nicht gebe bzw. sie ungenau sei (act. G 1 Ziff. II. 7). Während der Behandler der Psychiatrie H.____ im Bericht vom 15. September 2023 eine mittelgradige Depression diagnostiziert hatte, befand der psychiatrische Gutachter darauf Bezug nehmend, dass im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Behandlung die subjektiven Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers bei laufendem IV-Verfahren offenbar nicht ausreichend kritisch überprüft worden seien. Auch hinsichtlich der im Abklärungsbericht I.____ vom 4. Dezember 2023 aufgeführten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode *ohne* psychotische Symptome (ICD-10: F33.3) hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass hier der ICD-10 Code 33.3 falsch sei, da dieser für eine gegenwärtig schwere Episode *mit* psychotischen Symptomen stehe. Der bezogen auf die genannte Diagnose korrekte Code wäre F33.2. Darüber hinaus würden aber im psychopathologischen Befund Auffälligkeiten beschrieben, die vor dem Hintergrund der aktuellen Untersuchungsergebnisse nicht nachvollziehbar seien. So werde etwa mitgeteilt, dass die affektive Schwingungsfähigkeit reduziert, der Beschwerdeführer kaum auslenkbar, verarmt gewesen sei. Dies zeige sich aktuell keineswegs, der Beschwerdeführer sei durchaus gut auslenkbar und gut schwingungsfähig gewesen. Obwohl der psychische Befund an sich sehr ausführlich sei, fast ausufernd, würden zu sehr wichtigen psychopathologischen Kategorien des Antriebs nur rudimentäre Angaben gemacht. Es werde mitgeteilt, dass sich eine «intermittierende»



Antriebschwäche gezeigt habe, was nicht nachvollziehbar sei. So habe sich der Beschwerdeführer in der aktuellen Untersuchungssituation bezüglich des Antriebs unauffällig gezeigt und auch unter Berücksichtigung der Tagesaktivitäten sei keine wesentliche Antriebsstörung erkennbar gewesen. Der Beschwerdeführer beschreibe vorrangig eine Reduktion des Aktivitätsniveaus aufgrund der Schmerzen, er wäre gerne aktiver, wenn er keine Schmerzen hätte etc. - dies habe mit einem depressionsbedingten Motivations- und Antriebsmangel nichts zu tun. Der psychiatrische Gutachter ging daher davon aus, dass die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht plausibel sei (IV-act. 128-32 f.). Damit wurde nachvollziehbar erklärt, warum der Gutachter von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode ausging. Wie Dr. G.____ diesbezüglich ausführte, könne der Schweregrad depressiver Störungsbilder nur in einem Kontinuum abbildbar gemacht werden. Zudem gebe es Ausprägungsgrade, die insbesondere in der Zusammenschau des Längsschnitts sowohl partiell leichtgradige, als auch im Übergangsbereich mittelgradige Merkmale aufweisen könnten (IV-act. 144-2). Folglich kann nicht gesagt werden, die Diagnose einer leicht bis mittelgradig depressiven Episode sei nicht feststellbar bzw. zu ungenau gehalten.

3.4 Wie der Beschwerdeführer sodann moniert, hätte sein Bericht über Einschränkungen in allen Lebensbereichen unter dem Indikator «einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» gemäss BGE 141 V 281 gewürdigt werden müssen. Nachdem diese Angaben des Beschwerdeführers jedoch nicht mit den sonst berichteten Tagesaktivitäten übereinstimmen und gutachterlich begründet gerade nicht von einem depressionsbedingten Antriebsmangel auszugehen ist, kann der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht als gegeben erachtet werden.

3.5 Was schliesslich das internistische Teilgutachten anbelangt, sind auch hier keine Mängel ersichtlich. Laut der systematisch somatischen Anamnese im Rahmen der neurologischen Begutachtung gab der Beschwerdeführer an, 2014 Darmprobleme gehabt zu haben, welche im Spital J.____ kontrolliert worden seien. Dort sei ihm gesagt worden, dass die Ursache psychisch bedingt sei. Er habe damals Defäkationen bis 15 Mal pro Tag gehabt (IV-act. 128-65). Demgegenüber wird zwar auch im internistischen Gutachten an dieser Zahl festgehalten und erwähnt, dass der Beschwerdeführer unter einer Durchfallneigung von bis zu 15 Mal pro Tag leide, jedoch scheint der Leidensdruck doch nicht allzu gross zu sein, nachdem der Beschwerdeführer keinerlei Antidiarrhoika einnimmt (vgl. IV-act. 128-45). Der internistische Gutachter weist auf eine fragliche Laktoseintoleranz hin, veranlasst jedoch keine weiteren Abklärungen in dieser Hinsicht. Ebenso wenig macht er Ausführungen zur möglichen Behandlung einer solchen, obwohl diese wie vom Beschwerdeführer angegebene Beschwerden verursachen könnte und gut behandelbar wäre (IV-act. 128-42; vgl. JÜRGE WERMUTH/CHRISTIAN BRAEGGER/DANIELA ARNDT/RÉMY MEIER, Laktoseintoleranz, Swiss Medical Forum, 2008, 8, S. 749 f.). Somit erscheint aufgrund des Reizdarmsyndroms zwar wie gewürdigt ein Toilettenzugang notwendig,



jedoch keine Berücksichtigung einer zusätzlichen täglichen Pause von 60 - 90 min, wie es die Vertretung des Beschwerdeführers verlangt.

3.6

Insgesamt kann somit mit RAD-Arzt Dr. F.____ festgehalten werden, dass im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung sämtliche Aspekte der Einzelbegutachtungen mit Bezug zur Arbeitsfähigkeit erfasst wurden, was eine in sich schlüssige und medizinisch nachvollziehbare Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ermöglichte (IV-act. 144-2). Auch RAD-Arzt Dr. G.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 21. August 2024 daran fest, dass das psychiatrische Gutachten des SMAB nicht in Frage zu stellen sei (vgl. IV-act. 144-2). Darauf ist abzustellen. Damit erübrigt sich die eventualiter beantragte Anordnung einer weiteren medizinischen Begutachtung.

4.

4.1 Somit ist von einer Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von 80 % auszugehen. Nachdem die Einschränkungen in qualitativer Hinsicht nicht erheblich und keine weiteren, leistungsreduzierenden Faktoren ersichtlich sind, ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Berechnung: IV-act. 131) unter Bezug der LSE-Hilfsarbeiterlöhne aus dem Jahr 2023 bei einem Valideneinkommen in Höhe von Fr. 66'800.--, einem Invalideneinkommen von Fr. 53'440.-- ($80\% \times \text{Fr. } 66'800$) und einer Erwerbseinbusse von Fr. 13'330.-- ($\text{Fr. } 66'800.-- - \text{Fr. } 53'440.--$) ab 1. September 2023 von einem rentenausschliessenden IV-Grad von 20 % auszugehen ($100 / \text{Fr. } 66'800.-- \times \text{Fr. } 13'330.--$). Ab 1. Januar 2024 beträgt der IV-Grad unter Berücksichtigung eines Pauschalabzugs von 10 % (vgl. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der Fassung ab 1. Januar 2024) 28 % ($100 / \text{Fr. } 66'800.-- \times [\text{Fr. } 66'800 - \text{Fr. } 53'440 \times 0.9]$), was ebenfalls keinen Rentenanspruch ergibt.

5.

5.1 Damit ist die Beschwerde vom 12. September 2024 gestützt auf die obigen Ausführungen abzuweisen.

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. Diese ist vollumfänglich dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von deren Bezahlung zu befreien.



5.3 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.