



Fall-Nr.: IV 2017/232
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.05.2020
Entscheiddatum: 01.04.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 01.04.2019

Würdigung des Beweiswerts medizinischer Berichte, namentlich eines polydisziplinären Gutachtens samt seiner Bedeutung für die zurückliegende Zeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2019, IV 2017/232).

Entscheid vom 1. April 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2017/232

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Urs Schlegel,

PSG Rechtsanwälte, Bahnhofstrasse 7, 9470 Buchs SG,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 25./27. Februar 2014 (IV-act. 2) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er habe in seinem Herkunftsland die Grund- und eine technische Schule besucht. - Nach dem IK-Auszug (IV-act. 13) zu schliessen, war er seit 1995 in der Schweiz. - In der Arbeitgeberbescheinigung vom 17. März 2014 (IV-act. 14) wurde angegeben, der Versicherte sei von Juni 2000 bis November 2013 als J.____ angestellt gewesen. Seit April 2012 habe sein Lohn Fr. 59'150.-- pro Jahr betragen. Er sei vom 13. Dezember 2011 bis 12. Februar 2012 zu 100 % und anschliessend bis 19. Februar 2012 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen, ausserdem zu 100 % arbeitsunfähig auch vom 6. bis 8. Mai 2013 und schliesslich nach dem letzten Arbeitstag vom 7. Oktober 2013 (ab 8. Oktober 2013). Es sei ihm wegen rückläufiger Arbeitslage gekündigt worden (vgl. Kündigungsschreiben vom 27. August 2013, IV-act. 14-7).

A.b Dr. med. B.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, gab am 16. März 2014 (IV-act. 15-6) an, es bestünden beim Versicherten chronische Rückenschmerzen. Er sei seit dem 16. Oktober 2013 bis auf weiteres voll arbeitsunfähig. Je nach Verlauf und Erfolg oder Misserfolg einer möglicherweise anstehenden Operation werde sich zeigen, welche Tätigkeiten er noch werde ausüben können. Zurzeit werde die Schmerztherapie dauernd ausgebaut. Die Situation spreche gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung. Im beigelegten Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 10. Februar 2014 (IV-act. 15-3 f.) waren als Diagnosen erwähnt ein chronischer Rückenschmerz, ein pseudoradikulärer Beinschmerz linksseitig und eine leichte L5-Parese im Sinn einer Fussheberparese linksseitig 4+ von 5 bei Status nach Diskushernienoperation LW5/SW1 links 1987 im Herkunftsland, eine Adipositas, ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine arterielle Hypertonie. In einem weiteren Bericht vom 11. März 2014 (IV-act. 15-5) hatte Dr. C.____ berichtet, der



St.Galler Gerichte

Versicherte habe von der PRT [periradikulären Therapie] L5 links nicht profitiert. Er habe eine schwere Osteochondrose und eine neuroforaminale Einengung. Falls die verordnete Schmerzmedikation (Targin 5 mg, 1-0-1) in den nächsten zwei bis drei Wochen keine wesentliche Besserung bringe, müsse wahrscheinlich operiert werden (Spondylodese LW5/SW1). Zwar sei nicht klar, dass er danach wieder zu 100 % werde arbeiten können, doch andernfalls werde er in seinem Alter von 46 Jahren Morphium nehmen müssen, Schmerzen haben und im Beruf nicht funktionieren können. Eine Spondylodese sei nicht immer das richtige Mittel, doch der Versicherte sei sicherlich schmerzresistent und er (der Arzt) habe kein schlechtes Gefühl.

A.c Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen teilte dem Versicherten am 1. April 2014 (IV-act. 18) mit, zurzeit seien wegen seines Gesundheitszustands keine Eingliederungsmassnahmen möglich.

A.d Dr. B.____ reichte in der Folge einen Bericht von Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, an die Taggeldversicherung vom 4. April 2014 (IV-act. 20-4 ff.) ein. Darin war ein gemischt sensomotorisches radikuläres Ausfallssyndrom der Nervenwurzel L5 links diagnostiziert worden bei postoperativer Foramenstenose L5/S1 links mit Kompression der Nervenwurzel L5 links und zusätzlich Osteochondrose, z.T. erosiv, mit Spondylarthrosen L5/S1 bds. und einem Status nach Diskushernien-Operation L5/S1 im Herkunftsland im 20. Altersjahr. In der angestammten Tätigkeit sei der Versicherte bleibend arbeitsunfähig, wahrscheinlich auch nach einer voraussichtlich unvermeidlichen Operation. Das Thema berufliche Umstellung sei erst nach Abschluss der Behandlung zu beurteilen. - Dr. C.____ teilte Dr. B.____ im Übrigen am 5. Mai 2014 (Fremdakten, vgl. unten lit. A. f, fortan KV-act., KV-act. 3-9) mit, es gehe dem Versicherten nicht besser. Bei Beinschmerz linksseitig, foraminale Stenose L5 links und Osteochondrose L5/S1 schlage er eine mikrochirurgische Dekompression L5/S1 bds. vor.

A.e Am 28. Mai 2014 (IV-act. 23) berichtete Dr. C.____ unter anderem von einem St. n. Spondylodese LW5/SW1 mit Pedikelschrauben und PLIF-Cages am 20. Mai 2014. Die Beinschmerzen des Versicherten seien deutlich gebessert worden, die Rückenschmerzen bestünden noch. Der Versicherte sei voll arbeitsunfähig und werde es noch für mindestens drei Monate bleiben, danach werde er für mindestens acht



St.Galler Gerichte

Wochen in rückenadaptierter Tätigkeit zunächst noch zu 50 % arbeitsunfähig sein. - Im IV-Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2014 (IV-act. 25) teilte Dr. C.____ mit, die Diagnose sei unverändert. Der Versicherte habe unverändert Rückenschmerzen. Die Prognose sei schlecht; der Versicherte nehme Targin 10/5 (1-0-1). Er sei in der bisherigen Tätigkeit als J.____ momentan voll arbeitsunfähig (bis drei Monate postoperativ [richtig allerdings bereits verstrichen]). Eine endgültige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne erst Ende November 2014 erfolgen. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte wahrscheinlich ab November 2014 zu 50 % arbeitsfähig. Endgültig abschätzbar sei dies ab 21. November 2014. - Am 1. Dezember 2014 (IV-act. 28) gab Dr. C.____ bekannt, als J.____ sei der Versicherte momentan sicherlich nicht arbeitsfähig. Er habe deutlich weniger Schmerzen im linken Bein, aber noch eine Lumbago im Zugangsbereich (es zeige sich eine lumbale Druckdolenz im OP-Gebiet). Das aktuelle Röntgenbild sehe völlig regelrecht aus. Insgesamt sei der Finger-Boden-Abstand (FBA) gar nicht schlecht, er liege bei 10 bis 15 cm. Der Versicherte könne auch gut auf Zehenspitzen und Fersen gehen und habe auch keine Hypästhesie. Er nehme aber (unter anderem) noch Targin. Momentan könne er aufgrund dieser hohen Opiatdosis auch in einer adaptierten Tätigkeit nicht arbeiten. Er (der Arzt) rechne mit einer baldigen Besserung. Zunächst sei der Versicherte hierfür noch für drei weitere Monate im Stand der Arbeitsunfähigkeit zu halten. Dann seien eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) und eine stationäre Rehabilitation sinnvoll.

A.f In den von zwei Versicherungen (Taggeldversicherung und BVG) eingereichten Akten (Fremdakten) befand sich unter anderem ein Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 17. Februar 2015 (KV-act. 4-11 ff.; betreffend einen Aufenthalt des Versicherten vom 21. Januar bis 10. Februar 2015). Als Diagnose wurde darin ein persistierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom L5/S1 bei Status nach Spondylodese L5/S1 05/2014 und Status nach Diskushernien-OP vor ca. 20 Jahren angegeben. Die LWS-Beweglichkeit sei in allen Ebenen zu etwa einem Drittel eingeschränkt gewesen. Es habe keine Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung oder eine Selbstlimitierung gegeben. Trotz der Bemühungen habe eine deutliche Bewegungs- und Belastbarkeitsproblematik persistiert. Es hätten eine Verbesserung der muskulären Kraft und der Ausdauerleistung sowie eine Stabilisierung der Rumpfmuskulatur erreicht werden können. Der Versicherte sei bei guter Beweglichkeit und Belastbarkeit aus der stationären Rehabilitation entlassen worden. - Dr. med. F.____, Arzt für Allgemeine



St.Galler Gerichte

Medizin FMH, berichtete der Taggeldversicherung am 30. März 2015 (KV-act. 5-18), allenfalls fiele eine teilzeitliche rückschonende Arbeit in Betracht. Nach Angaben des Versicherten könne er nicht länger als eine halbe Stunde ununterbrochen gehen oder sitzen. Seit dem 16. März 2013 sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Er halte eine IV-Beurteilung für angezeigt.

A.g Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 16. April 2015 (IV-act. 38) dafür, für die Prüfung beruflicher Eingliederungsmassnahmen sei nun eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Arbeit (wegen der Medikamenteneinnahme auch ohne Anforderungen an Konzentration und Reaktion) von mindestens 50 % mit der Möglichkeit einer Steigerung von - bei gutem Verlauf - bis zu 100 % anzunehmen.

A.h Die Eingliederungsberatung der SVA/IV-Stelle Zürich gab am 31. August 2015 (IV-act. 42-19 ff.) bekannt, der Versicherte fühle sich subjektiv nicht in der Lage, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Eine angepasste Tätigkeit scheine bei Willensanstrengung zumutbar.

A.i Dr. med. G.____, Facharzt für Interventionelle Schmerztherapie, Anästhesiologie FMH, erklärte im IV-Arztbericht vom 4. Dezember 2015 (IV-act. 50), es liege ein therapierefraktäres lumbosakrales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlungen linksbetont in die Beine vor bei FBSS (failed back surgery syndrome). Der Versicherte stehe seit dem 7. Juli 2015 in Behandlung. Es seien eine kathetergesteuerte epidurale Adhäsiolyse medikamentös, dann eine transforaminale Epidurolyse S1 links, eine spinale Endoskopie mit gesicherter Diagnose der epiduralen Fibrosierung Grad IV (der Versuch zur Rekanalisation mittels Ballondilatation sei gescheitert) und zuletzt am 30. November 2015 eine erneute spinale Endoskopie unter Beizug eines führenden Anwenders dieser Methode erfolgt. Die Beurteilung der letzten Massnahme habe nach 30 und nach 60 Tagen zu erfolgen, danach sei eine Neurostimulation zu evaluieren. Das Leiden sei körperlich invalidisierend. Eine Tätigkeit im Sitzen wäre nach einer geeigneten Umschulung denkbar.

A.j Der RAD hielt an der bisherigen Beurteilung (50 % Arbeitsfähigkeit) fest (vgl. IV-act. 53). - Am 7. Januar 2016 (IV-act. 56) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des



St.Galler Gerichte

Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt, da er sich dazu nicht in der Lage fühle und noch eine Operation bevorstehe.

A.k Am 10. Mai 2016 (IV-act. 66) reichte der Versicherte nach Anfrage der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle einen Bericht von Dr. G.____, Schmerzlinik H.____, vom 1. Mai 2016 ein. Der Arzt hatte berichtet, der bisherige Verlauf mit verschiedenen Massnahmen (Wiedereröffnungsversuche betreffend den lumbalen Epiduralraum) sei frustriert gewesen. Der komplette Verschluss des kaudalen Epiduralraums durch hochgradige Fibrosierung dürfte auf ausgedehntes Narbengewebe nach zweimaliger Operation zurückzuführen sein. Das Schmerzsyndrom sei als Folge der Vernarbungen zu interpretieren. Es gebe nur noch einen Versuch mit einer Neurostimulation und bei Wirkungslosigkeit eine Reoperation, denn der Versicherte sei aufgrund der beklagten Beschwerden arbeitsunfähig. - In einem IV-Verlaufsbericht vom 11. August 2016 (IV-act. 71) gab Dr. G.____ an, der Neurostimulationstest sei negativ verlaufen. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig. Ob ihm andere Tätigkeiten (als die bisherige) zumutbar seien, könne nicht beurteilt werden, weil seine der Ausbildung entsprechenden Fähigkeiten nicht bekannt seien. Dass keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar seien, sei mit den therapierefraktären lumbosakralen, in beide Beine ausstrahlenden Schmerzen und dem FBSS begründet. Der Gesundheitszustand habe sich insofern verändert, als aus somatischer medizinischer Sicht keine ausreichende therapeutische Massnahme mehr angeboten werden könne, welche eine Reintegration ins Erwerbsleben ermöglichen würde. - Auf Anfrage teilte Dr. G.____ am 26. September 2016 (IV-act. 77) mit, der Test der Neurostimulation des Rückenmarks habe vom 22. Juni bis 20. Juli 2016 stattgefunden. Der Versicherte habe keinerlei Beschwerderegredienz feststellen können. Gemäss Interventionsbericht vom 22. Juni 2016 (IV-act. 81) hatte eine BV-gesteuerte Einlage von zwei epiduralen Stimulationselektroden zur diagnostischen Neurostimulation (Testphase) stattgefunden. - Dr. F.____ berichtete am 7. Oktober 2016 (IV-act. 79), der Versicherte sei nicht arbeitsfähig.

A.l In einem in der Folge veranlassten Gutachten vom 14. Februar 2017 (IV-act. 92) gab die medexperts ag als (Haupt-) Diagnosen des Versicherten an: (erstens) ein cervico-lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das linke Bein ohne motorische Ausfälle, radiologisch mässige degenerative Veränderungen,



St.Galler Gerichte

(zweitens) einen St. n. Spondylodese L5/S1 05/2014, radiologisch der postoperativen Situation [entsprechend] unauffällig, (drittens) einen St. n. Diskushernien-OP L5/S1 ca. 1986 (Herkunftsland), und (viertens) chronische Kopfschmerzen "a.e." vom Spannungstyp. Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien (erstens) eine Adipositas Klasse II mit BMI 35.5, (zweitens) wahrscheinlich eine essentielle Hypertonie, (drittens) anamnestisch Gicht mit rezidivierender Podagra und (viertens) eine gestörte Glucosetoleranz/GT (Metabolisches Syndrom). Die körperlich schwere Tätigkeit als J. ___ sei dem Versicherten seit 2014 (Ende der Anstellung) nicht mehr möglich. In einer rückenadaptierten Tätigkeit sei er spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt aus polydisziplinärer Sicht zu 70 % arbeitsfähig. Er bedürfe vermehrter Pausen. Eine Fortführung der Behandlung in einem interdisziplinären Schmerzzentrum unter multimodalem Therapiekonzept mit Bewegungstherapie und Kräftigung/MTT und gegebenenfalls ein Therapieversuch mit einem schmerzdistanzierenden/-modulierenden Medikament, z.B. SSRI [selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, selective serotonin reuptake inhibitor] oder trizyklischem Antidepressivum, und körperliche Ertüchtigung seien als medizinische Massnahmen vorzuschlagen.

A.m Der RAD hielt am 17. Februar 2017 (IV-act. 94) dafür, medizinische Massnahmen könnten die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich verbessern. Auf das Gutachten könne abgestellt werden.

A.n Mit Vorbescheid vom 2. März 2017 (IV-act. 98) wurde dem Versicherten eine Abweisung des Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 27 % (Valideneinkommen Fr. 51'891.--, Invalideneinkommen Fr. 38'140.--) in Aussicht gestellt.

A.o Der Versicherte liess am 16. März 2017 (IV-act. 101) einwenden, der Invaliditätsgrad liege nicht unter 40 %. Es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Ergänzend wurde am 27. April 2017 (IV-act. 104) für ihn vorgebracht, unter Berücksichtigung des therapierefraktären lumbosakralen Schmerzsyndroms einerseits und der ganztägigen chronischen Kopfschmerzen andererseits sei ihm eine leidensangepasste Tätigkeit von maximal 50 % zumutbar. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle habe zu prüfen, welche konkreten beruflichen



St.Galler Gerichte

Tätigkeiten in Frage kämen. Eventuell sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit anzuordnen. Der Versicherte könne eine Arbeitsstelle nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines Arbeitgebers finden. Beim Einkommensvergleich sei ein Leidensabzug von mindestens 20 % anzunehmen. Zu prüfen sei ohnehin der Anspruch auf eine befristete Rente bis zum Zeitpunkt des Gutachtens, denn bis dahin sei der Versicherte anerkannter Weise voll arbeitsunfähig gewesen.

A.p Mit Verfügung vom 17. Mai 2017 (IV-act. 106) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Rentenanspruch des Versicherten ab. Die Kopfschmerzen des Versicherten seien im Gutachten berücksichtigt worden. Ein Minderverdienst von 5 % sei berücksichtigt worden, ein Teilzeitabzug sei nicht anzubringen.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Urs Schlegel für den Betroffenen am 19. Juni 2017 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente von 50 % zuzusprechen, eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und sei diese anzuweisen, ein neues polydisziplinäres Gutachten auf der Grundlage einer orthopädisch-rheumatologischen Begutachtung zu veranlassen. Der Beschwerdeführer sei wegen verschiedener Diagnosen im Bereich des Bewegungsapparates - einer schweren Osteochondrose, einer foraminalen Stenose und Bandscheibenvorfällen - in der Beweglichkeit eingeschränkt, er habe Schmerzen und sei nach einer ersten Wirbelsäulenoperation und nach kriegsbedingten Verletzungen an den Füßen teilweise gelähmt. Die zweite Operation an der Wirbelsäule sei nicht erfolgreich gewesen; es bestünden mit der Adipositas und der Hypertonie erschwerende Umstände. Insbesondere bei Bewegungen und Belastungen, auch bei längerem Sitzen, bestünden massive Rückenschmerzen mit Missempfindungen in die linke untere Extremität hinein. Es habe der Verdacht bestanden, dass der Beschwerdeführer unter einer somatoformen Schmerzstörung leide. Die wesentlichen Fragen der Orthopädie und der Rheumatologie seien im Gutachten gar nicht in die Arbeitsunfähigkeitsschätzung einbezogen worden. Der Beschwerdeführer habe aber aufgrund der Information vom 5.



Dezember 2016 über die Bereiche des Gutachtens davon ausgehen dürfen, dass die orthopädischen Diagnosen einen erkennbaren Einfluss auf das Gutachten haben würden. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung basiere jedoch ausschliesslich auf anderen Diagnosen als der Hauptdiagnose der schweren Osteochondrose. Die beigezogene Orthopädin habe sich nicht über die Arbeitsunfähigkeit ausgesprochen und sei bei der zusammenfassenden Beurteilung nicht beigezogen worden. Bestandteile des komplexen Krankheitsbildes, insbesondere die Probleme im Sinn der "Gichtanfalle", wären auch durch einen Rheumatologen abzuklären gewesen, was unterlassen worden sei. Dass aus psychologischer und internistischer Sicht keine Auffälligkeiten gefunden worden seien, sei angesichts der Krankengeschichte nicht erstaunlich. Da aber zwei wesentliche Fachrichtungen nicht einbezogen worden seien, könne es sich nicht um ein vollständiges Gutachten handeln. Die schwerwiegenden Wirbelsäulenprobleme würden sich offensichtlich von der (sc. gutachterlichen) Beschreibung einer anamnestischen, familiär bedingten Gicht unterscheiden. Es sei dem Beschwerdeführer eine Schmerzresistenz zugestanden worden, und ausserdem, dass kein aggravierendes Verhalten vorliege. Wer zum Arbeiten weder sitzen noch stehen könne, könne auch nicht abwechslungsweise sitzen und stehen. Der Beschwerdeführer benötige stündliche Pausen und die Möglichkeit, sich für eine bestimmte Zeit zu bewegen, bevor wieder eine Tätigkeit im Sitzen aufgenommen werden könne. Aufgrund der anerkannten Kopfschmerzen könne er ausserdem die Konzentration nur für eine minimale Zeitspanne aufrechterhalten. Würden die beiden fehlenden Hauptdiagnosen einbezogen, zeige sich, dass die Arbeitsunfähigkeit mehr als 30 % ausmachen müsse. Dr. C. ___ habe im Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2014 für den Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für möglich gehalten. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei von den behandelnden Ärzten durchgehend mit 100 % beziffert worden. Es sei also keine Besserung des Krankheitsbildes festgestellt worden. Demnach könne auch weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in adaptierter Tätigkeit ausgegangen werden. Des Weiteren sei die Reduktion um lediglich 5 % bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu beanstanden. Der leidensbedingte Abzug sei auf 20 % festzusetzen, da der Beschwerdeführer angesichts seiner Herkunft, der Traumata aus Kriegserlebnissen, der Notwendigkeit von regelmässigen Pausen in kurzer Folge und der Abhängigkeit von Schmerzmitteln auf dem Arbeitsmarkt sehr grosse Mühe haben



werde. Jemand, der bereits nach einer Stunde Arbeit eine Pause brauche, sei kaum vermittelbar, beziehungsweise es sei von einer überproportionalen Verdienstreduktion auszugehen.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. September 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Auf das Gutachten könne abgestellt werden. Liege das Valideneinkommen tiefer als die Berechnungsbasis für das Invalideneinkommen, so handle es sich dabei um einen [sogenannten] Minderverdienst. Das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers sei vorliegend um 23 % reduziert worden, nicht lediglich um 5 %, wie in der angefochtenen Verfügung fälschlicherweise erwähnt worden sei. Ein Abzug vom Tabellenlohn sei zu Recht nicht gemacht worden.

D.

Mit Replik vom 30. November 2017 bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, es hätten zwar orthopädische Untersuchungen stattgefunden, doch die Auswirkungen der schweren Osteochondrose auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht erhoben und beurteilt worden. Die Schlussfolgerungen seien nicht durch die relevanten Sachverhalte begründet worden. Bei den Diagnosen figuriere die Osteochondrose nicht. Die Fachärztin für orthopädische Chirurgie sei für die degenerativen Prozesse und die Arbeitsunfähigkeit nicht Fachärztin. Die Beeinträchtigung der Konzentration lasse die attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % als offensichtlich unrichtig erscheinen. Zu den Hauptdiagnosen kämen ausserdem die gesundheitlichen Belastungen durch die Granatensplitter in der linken Körperhälfte, die jahrelangen Kriegstraumatisierungen und neuerliche Gichtprobleme. Auch die Auswirkungen dieser Leiden seien im Gutachten bei den Diagnosen nicht erschienen. Schon einfache Spaziergänge seien dem Beschwerdeführer nicht möglich. Eine Arbeitsfähigkeit von 70 % sei nicht gegeben. Zudem seien Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit zu unterscheiden. Es seien also auch die Fachkenntnisse des Berufsberaters oder Fachmannes für arbeitsmarktrechtliche Fragen einzubeziehen. Die angestammte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Daher könne das Invalideneinkommen nicht



St.Galler Gerichte

ausgehend vom Tabellenlohn berechnet werden, sondern es seien ein Stellenwechsel oder eine Umschulung ins Auge zu fassen. Welches Tätigkeitsgebiet dem Beschwerdeführer konkret noch zugemutet werden könne, sei von der Beschwerdegegnerin bis anhin nicht beantwortet worden und unklar geblieben. Weder Branche noch Kompetenzniveau seien bestimmt worden. Die Beschwerdegegnerin habe zudem zu Unrecht Netto- mit Bruttolöhnen verglichen. Die Berechnungsgrundlage des Validen- und des Invalideneinkommens sei nicht nachvollziehbar, zumal in der Verfügung und in der Beschwerdeantwort verschiedene Beträge und Prozentangaben genannt würden. Wie die Beschwerdegegnerin auf ein Invalideneinkommen von Fr. 66'453.-- gekommen sei, sei nicht klar. Dieser Betrag sei viel zu hoch. Auf den durchschnittlichen Bruttolohn des Kompetenzniveaus 1 im Baugewerbe könne jedenfalls nicht abgestellt werden, denn der Beschwerdeführer sei dort voll arbeitsunfähig. Der entsprechende Lohn über alle Branchen hinweg betrage Fr. 63'744.--. Handwerkliche und körperlich belastende Tätigkeiten rangierten dabei im oberen Bereich der Lohnskala. Sie seien dem Beschwerdeführer aber ebenfalls nicht mehr zumutbar. Nach der Bestimmung des zutreffenden Tabellenlohns habe eine Parallelisierung stattzufinden. Diese schliesse einen anschliessenden Abzug nicht per se aus. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei bereits bei körperlich leichten Hilfsarbeiten eingeschränkt. Eine handwerkliche Tätigkeit werde für ihn bei der erforderlichen Umschulung nicht mehr in Frage kommen. Für eine geistige Tätigkeit seien aber die rudimentären Sprachkenntnisse ungenügend. Der Beschwerdeführer sei in einer adaptierten Tätigkeit nicht zu 100 % arbeitsfähig mit einem Leistungspensum von 70 %. Wegen der vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit nicht vorhanden gewesenen und bei der Parallelisierung deshalb noch nicht berücksichtigten Faktoren sei ein Abzug von 20 % zu gewähren.

E.

Die Beschwerdegegnerin hat auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

Erwägungen

1.



St.Galler Gerichte

1.1 Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Mai 2017, mit welcher sie das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers, namentlich den Rentenanspruch, abgewiesen hat.

1.2 Berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 7. Januar 2016 für nicht angezeigt gehalten, da sich der Beschwerdeführer dazu nicht in der Lage fühle und ausserdem noch eine Operation [bzw. Neurostimulation] bevorstehe. - Mit der Beschwerde lässt der Beschwerdeführer im Hauptstandpunkt die Zusprache einer Rente (eventualiter eine Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung) beantragen. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter IVV; vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 16. Februar 2018, 8C_633/2017 E.

3.4). - Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung seit 1. Januar 2008) entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Die Schaffung dieser Bestimmung



hat keine Veränderung des (nämlich in Art. 4 IVG und Art. 28 IVG geregelten) Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls mit sich gebracht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. Dezember 2015, 9C_655/2015 E. 4; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Mai 2016, IV 2013/641 E. 1.1).

2.3 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1)

3.

3.1 Der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wurden im Januar 2017 polydisziplinär begutachtet. Im Gutachten (vom 14. Februar 2017, IV-act. 92) wurden die Vorakten aufgelistet. Zusätzlich zu den IV-Akten waren (nebst dem Bericht der Klinik E.____ ein Röntgenbefund vom 11. Februar 2014 (MR LWS) und ein solcher vom 9. Juli 2015 (MRT LWS) eingeholt worden. - Des Weiteren wurde die Anamnese erhoben und wurden die Angaben des Beschwerdeführers zu seinem Leiden erfragt. Er gab bei der orthopädischen Begutachtung (Hauptbegutachtung) an, es sei mit den Rückenschmerzen knapp drei Jahre nach der Spondylodesen-Operation vom Mai 2014 unverändert schlecht. Er könne wenige Kilometer gehen. Bei Bewegung und beim Heben von Lasten über 6 kg habe er Schmerzen im Kreuz; diese strahlten vorwiegend ins linke, weniger ins rechte Bein aus. Manchmal habe er auch Schmerzen von der HWS bis in den Nacken. Gefühlsstörungen habe er nicht (IV-act. 92-25). - Bei der internistischen Untersuchung gab der Beschwerdeführer (allerdings) an, oft Parästhesien vom Gesäss bis in die linke Wade zu haben (IV-act. 92-36). Er leide an dauernden Rückenschmerzen mit Ausstrahlung bis in die linke laterale Wade, zurzeit bei 5/10, üblicherweise um 3/10 bis maximal 7/10 VAS [virtuelle Analogskala]; vor allem bei vermehrten Rückenschmerzen



habe er oft Kopfschmerzen (IV-act. 92-35). Manchmal sei er wegen der Schmerzsituation traurig (IV-act. 92-35). - Bei der neurologischen Untersuchung gab der Beschwerdeführer unter anderem an, seit 2012 seien bei der Tätigkeit als J.____ wieder vermehrt Beschwerden mit dem Rücken aufgetreten, die im Tagesverlauf meist zugenommen und erst in Ruhe wieder langsam gebessert hätten. Er habe häufig Schmerzmedikamente einnehmen müssen, worauf die Beschwerden meist gebessert hätten. Es hätten im Verlauf immer starke Schmerzen des Rückens bestanden, die bei Belastung zugenommen hätten. Die Bewegung der Wirbelsäule und das Heben seien nicht mehr gut möglich gewesen. Zudem hätten Schmerzen vor allem in das linke Bein hinein bestanden. Immer wieder sei es zu einem Taubheits- und Druckgefühl im linken Fuss gekommen. Das linke Bein sei subjektiv schwächer gewesen, doch sei das Gehen gut möglich gewesen. Nach der Operation im Mai 2014 seien die Schmerzen im Rücken und Bein weniger geworden, aber nie vollständig weg gewesen. Seit den erfolglosen Behandlungen an der Schmerzklinik leide er anhaltend an gleichen Schmerzbeschwerden, die in den letzten Jahren wieder etwas zugenommen hätten. Er müsse häufig die Position wechseln und könne nicht längere Zeit ununterbrochen liegen oder sitzen. Nach spätestens zwei Kilometern Gehen habe er stärkste Schmerzen und müsse sich hinsetzen. Im Zusammenhang mit den starken Rückenschmerzen (und mit ihnen zu- und abnehmend) bestünden auch seit zwei bis drei Jahren Kopfschmerzen; seit einem halben Jahr bestehe praktisch täglich den ganzen Tag über ein "Kopfdruck" in einer Intensität von VAS 3 bis 5 mit vereinzelter Zunahme auf 6 bis 7 (IV-act. 92-40 f.).

3.2 Die Gutachter erhoben in der Folge - was von wesentlicher Bedeutung ist - jeweils umfassend die objektiven Befunde, und zwar in orthopädischer (IV-act. 92-26 f.), psychiatrischer (IV-act. 92-30), internistischer (IV-act. 92-37 f.) und neurologischer Hinsicht (IV-act. 92-42 f.). Namentlich konnten auch aktuelle Röntgenaufnahmen der HWS ap/seitlich und Dens und der LWS ap/seitlich, beide vom 25. Januar 2017, beurteilt werden (vgl. dazu unten E. 4.1.3). - Auffallend erscheint diesbezüglich die bei den Untersuchungen in unterschiedlichem Mass möglich gewesene Beweglichkeit, lag doch der Finger-Boden-Abstand bei der orthopädischen Untersuchung bei 50 cm (IV-act. 92-27), bei der internistischen bei über 30 cm (IV-act. 92-37) und bei der neurologischen bei lediglich 20 cm (IV-act. 92-42).



3.3 Was die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, war aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit festzustellen; es liegt danach denn auch (unbestrittenermassen) keine psychiatrische Erkrankung vor (IV-act. 92-33). - Dasselbe gilt für die Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht. Gesundheitliche Beeinträchtigungen liegen unter diesem Aspekt zwar vor, haben aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Häufiges Arbeiten in der Hocke und häufiges Bücken sei allerdings wegen der Adipositas nicht empfehlenswert (IV-act. 92-39). - Neurologisch betrachtet wurde festgehalten, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als K.____ (richtig: J.____) zu 100 % zumutbar sei, ebenso wie jegliche adaptierte Tätigkeit, allerdings wegen des erhöhten Pausenbedarfs bei Berücksichtigung der chronischen Kopfschmerzbeschwerden jeweils mit einem Leistungspensum von lediglich 80 %. Die lumbale Schmerzproblematik werde von orthopädischer Seite beurteilt. Diagnostisch lagen neurologisch ein chronisches Schmerzsyndrom mit lumbovertebralen Schmerzen mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das linke Bein und chronische Kopfschmerzen vor (keine motorischen Ausfälle; IV-act. 92-46). - In orthopädischer Hinsicht schliesslich wurde festgehalten, rückenbelastende Tätigkeiten wie diejenige als J.____ seien nicht mehr möglich. Adaptierte rückenschonende Tätigkeiten mit der Möglichkeit des selbstgewählten Positionswechsels, vorwiegend im Sitzen auszuüben, mit - nicht regelmässig nötigem - Heben von Lasten bis maximal 10 kg und mit vermehrten Pausen sollten jedoch noch zu 70 % möglich sein (IV-act. 92-49 und 50). Diagnostisch bestanden unter orthopädischem Gesichtspunkt ein cerviko-lumbales Schmerzsyndrom bei St. nach Diskushernienoperation L5/S1 1986 und Spondylodese L5/S1 im Mai 2014 sowie ein St. nach wiederholten erfolglosen schmerztherapeutischen Massnahmen (IV-act. 92-50).

4.

4.1 Die Begutachtung erscheint insoweit vollständig. Der Beschwerdeführer lässt indessen verschiedene Einwände dagegen vorbringen.

4.1.1 Insbesondere lässt er beanstanden, dass die verschiedenen Diagnosen im Bereich des Bewegungsapparates einschliesslich der Wirbelsäule ungenügend berücksichtigt worden seien.



4.1.2 Vorweg ist dazu festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachterin der Orthopädie nicht in einem Teilgutachten, sondern weil sie Hauptgutachterin war, bei der polydisziplinären Beurteilung beschrieben worden ist.

4.1.3 Im Einzelnen kann darauf hingewiesen werden, dass, wie der Beschwerdeführer darlegt, bei schwerer Osteochondrose und im Arztbericht vom 19. Februar 2014 erwähnter foraminaler Stenose am 20. Mai 2014 eine Operation stattfand. Im betreffenden Neuroforamen (L5 links) ist damals eine Narbe entfernt worden und die Bandscheibe wurde ausgeräumt und behandelt, auch rechts wurde die (dort knöcherne) neuroforaminale Stenose behandelt (vgl. IV-act. 25-4). Bei einer MRT LWS vom 9. Juli 2015 (vgl. dazu IV-act. 92-23) waren unter anderem ein kongenital eng angelegter Spinalkanal mit Stenose im Segment 4/5 (welche die klinische Beschwerdesymptomatik erklären könnte) bei hypertropher Facettenarthrose sowie breitbasiger flacher Diskusprotrusion und eine Osteochondrose LWK1/2 gefunden worden, allerdings frei verlaufende Nervenwurzeln und kein Hinweis auf eine radikuläre Pathologie. Die Gutachterin der Neurologie setzte sich unter anderem mit diesem Befund auseinander und erklärte, bei dieser letzten aktenkundigen Kernspintomographie vor der Begutachtung hätten sich im Bereich der Spondylodese regelrechte Verhältnisse ohne Hinweis auf eine zusätzliche Affektion neuronaler Strukturen gezeigt. In der Zwischenzeit seien keine neuen klinischen Aspekte und es sei keine Befundprogression aufgetreten (IV-act. 92-45). Auch dass Dr. G.____ am 26. September 2016 vom Vorliegen eines trotz Anwendung verschiedenster Massnahmen bestehenden therapierefraktären lumbosakralen, in beide Beine ausstrahlenden Schmerzsyndroms des Beschwerdeführers bei Status nach zweimaliger Rückenoperation (FBSS) ausging, wurde im Gutachten beachtet (vgl. IV-act. 92-49). Zum Zeitpunkt der Begutachtung im Januar 2017 schliesslich lag radiologisch bei LWK5/SWK1 ein inzwischen vollständig verknöchertes Intervertebralfach vor. Ausserdem bestanden lumbal unter anderem eine moderate Höhenminderung des Intervertebralraumes LWK4/5 als Zeichen der moderaten Anschlussdegeneration, eine fortgeschrittene Osteochondrose LWK1/2 mit Endplattensklerose und ventraler Spondylose, in den übrigen lumbalen Segmenten geringe Osteochondrosen und ein Bastrup-Phänomen LWK1-SWK1 (IV-act. 92-28). Der Röntgenbefund der HWS zeigte unter anderem mässige Osteochondrosen mit geringgradiger Höhenminderung der cervikalen Zwischenwirbelscheiben und begleitender ventraler Spondylose sowie



mässige degenerative Veränderungen der Unkovertebralgelenke HWK3 bis 7 (IV-act. 92-28). Diese Befunde fanden Berücksichtigung. Nach dem neurologischen Teil der Beurteilung liess sich zudem die Missempfindung des Beschwerdeführers keinem monoradikulären Verteilungsmuster zuordnen und motorische Ausfälle liessen sich ebenfalls nicht nachweisen (IV-act. 92-45).

4.1.4 Der Beschwerdeführer hält namentlich dafür, die Osteochondrose sei bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt worden. Wie er vorbringt, wurde der Begriff der Osteochondrose in den beiden Diagnoselisten des Gutachtens (mit und ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) nicht erwähnt. Die entsprechenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen hingegen fanden nach dem Dargelegten Berücksichtigung; sie wurden gutachterlich diagnostisch wie erwähnt als cervico-lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das linke Bein ohne motorische Ausfälle mit radiologisch mässigen degenerativen Veränderungen umschrieben (IV-act. 92-47). Da es sich dabei um eine fachärztliche Diagnosestellung in Kenntnis der klinischen und der Röntgen-Befunde handelt und die Auswirkungen der betreffenden gesundheitlichen Schädigungen auf die Beweglichkeit ebenfalls fachärztlich gutachterlich beurteilt worden sind, ergibt sich kein Grund zur Beanstandung. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass Befunderhebung oder Diagnosestellung bei der Begutachtung in einer Weise unzureichend gewesen sein könnten.

4.1.5 Die vom Beschwerdeführer vor allem beklagten massiven Rückenschmerzen sind bei der Begutachtung auch hinsichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit umfassend berücksichtigt worden. Im neurologischen Teil, wo sich ergeben hatte, dass mit Ausnahme eines chronifizierten lumbalen Schmerzsyndroms mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung in das linke Bein keine funktionellen Einschränkungen bestünden, wurde namentlich festgehalten, die Ressourcen des Beschwerdeführers seien wegen dieses Schmerzsyndroms mit fixiertem Krankheitskonzept insgesamt als eingeschränkt zu betrachten (IV-act. 92-46). Bezüglich dieses Syndroms befürwortete die Gutachterin der Neurologie eine Fortführung der Behandlung in einem Schmerzzentrum (multimodales Konzept) und allenfalls einen Therapieversuch mit einem schmerzdistanzierenden bzw. -modulierenden Medikament (IV-act. 92-47). Die Arbeitsfähigkeit wurde gutachterlich insgesamt auf 70 % festgelegt.



4.1.6 Insofern der Beschwerdeführer die beklagte massive Schmerzsituation damit als ungenügend berücksichtigt erachtet, ist anzumerken, dass er die Schmerzen bei der Begutachtung zum einen nicht beschreiben konnte (vgl. IV-act. 92-29). Zum andern lag der Medikamentenspiegel für die Wirkstoffe Oxycodon und Naloxon, die in Targin enthalten sind, bei einer Messung gemäss der Laborauswertung (IV-act. 93-3) unterhalb der Nachweisgrenze (vgl. IV-act. 94-2, Beurteilung des RAD; Naloxone bei einer Norm von 10 bis 30 bei $<1 \mu\text{g/l}$ und Oxycodon bei einer Norm von 5 bis 50 bei $<0.5 \mu\text{g/l}$, vgl. IV-act. 93-3). Der Beschwerdeführer hatte angegeben, Targin (ein Opioid, Mittel gegen mittelstarke bis starke prolongierte Schmerzen bzw. bei ungenügender Wirksamkeit nicht-opioider Analgetika) als Dauermedikation (vgl. IV-act. 26, 36 und 41) einzunehmen. Wenn Schlussfolgerungen aus Serumspiegelmessungen auch lediglich mit Zurückhaltung gezogen werden können, weil der Blutspiegel aus individuellen Gründen (etwa infolge von unterschiedlicher Resorption oder Non-Responder-Einflüssen) offenbar um bis zu Faktor 20 variieren kann (so jedenfalls im Zusammenhang mit der Depressionsbehandlung J. John Mann, Drug Therapy, The Medical Management of Depression, in New England Journal of Medicine, October 27, 2005, 1829; vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 4. Dezember 2008, 8C_474/2008 E. 6), kontrastiert das Ergebnis doch mit den Angaben des Beschwerdeführers.

4.1.7 Des Weiteren war bei der Begutachtung festzustellen gewesen, dass der Beschwerdeführer nicht motiviert gewirkt habe, irgendwelche Veränderung an der gegenwärtigen Situation anzustreben (IV-act. 92-32), was auf einen nicht besonders ausgeprägten Leidensdruck hinweisen mag. Dazu kommt, dass als (gemäss Gutachten einzige) Diskrepanz ein Unterschied zwischen der vom Beschwerdeführer wahrgenommenen Unfähigkeit, ins Arbeitsleben zurückzukehren, und seiner eingeschränkten, aber doch aktiven Erlebensweise in den alltäglichen Bereichen festgestellt wurde (vgl. IV-act. 92-32). - Bei der Arbeitslosenversicherung hatte sich der Beschwerdeführer nach deren Angaben im Übrigen als zu 100 % arbeits- bzw. vermittlungsfähig bezeichnet (vgl. IV-act. 49, November 2015); er selbst hatte dies allerdings für unzutreffend gehalten und darauf hingewiesen, dass er stets die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse einreiche (IV-act. 54-2). - Bei der Begutachtung hatte der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit im Übrigen folgendermassen eingeschätzt: Anlässlich der neurologischen Begutachtung gab er an, wegen der starken Schmerzen im Rücken und im linken Bein sei er körperlich nicht arbeitsfähig. Er könne dieselbe



Position nicht lange beibehalten, also auch keine anhaltend im Sitzen zu bewältigende Tätigkeit ausüben (IV-act. 92-41). Bei der orthopädischen Abklärung legte er ebenfalls dar, er habe wegen der starken Rückenschmerzen Schwierigkeiten, sich eine berufliche Tätigkeit wieder vorzustellen. Anlässlich der internistischen Begutachtung erwähnte er, er könne sich eine Kontrollarbeit vorstellen, doch könne er nur eine Stunde sitzen, dann müsse er kurz abliegen (IV-act. 92-36). - Am 27. April 2017 (IV-act. 104; mit Zusatz maximal) und in der Beschwerde (im Ergebnis) schliesslich lässt er vorbringen, es könne von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden.

4.1.8 Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, er könne wegen der Kopfschmerzen die Konzentration nur kurz aufrechterhalten. Bei der Begutachtung wurden jedoch keine Konzentrationsstörungen vorgefunden (IV-act. 92-30). - Die Kopfschmerzen als solche führten im Übrigen dazu, dass dem Beschwerdeführer neurologisch betrachtet wegen eines erhöhten Pausenbedarfs lediglich ein Leistungspensum von 80 % zugemutet wurde. - Bei der allgemeinmedizinisch-internistischen Begutachtung fand zudem Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer angegeben hatte, im Jahr 2015 sei es etwa fünfmal zu Gichtanfällen in beiden Grosszehen gekommen und nun sei er (unter Allopurinol 300) beschwerdefrei (vgl. IV-act. 92-38). Das Leiden wurde im Gutachten entsprechend als Nebendiagnose ("anamnestisch Gicht mit rezidivierender Podagra [ED: 2015]") aufgenommen (IV-act. 92-48). Weil es unter medikamentöser Behandlung und entsprechender Diät zu keinen Anfällen mehr komme, wurde das Leiden als anamnestisches bezeichnet (IV-act. 92-39). Auch dieser Aspekt wurde damit gutachterlich hinreichend berücksichtigt; eine zusätzliche Beurteilung - der Beschwerdeführer befürwortete namentlich eine rheumatologische Untersuchung - war bei diesen Gegebenheiten nicht erforderlich.

4.1.9 Das Gutachten ist demnach nicht zu beanstanden.

4.2 Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass auf das Ergebnis der medizinischen Begutachtung, wonach der Beschwerdeführer polydisziplinär betrachtet in einer adaptierten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist, abgestellt werden kann. Die Befundaufnahme ist umfassend, die Beurteilung schlüssig und überzeugend. Die Voraussetzungen für den Beweiswert des Gutachtens (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a) sind



erfüllt. Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte vermögen gegen die in Kenntnis der Akten und des Sachverhalts abgegebene polydisziplinäre gutachterliche Schätzung im Beweiswert nicht anzukommen. Den objektiven Befunden entspricht gemäss der Begutachtung eine Arbeitsfähigkeit von 70 %.

4.3 Nach gutachterlicher Beurteilung liegt diese Arbeitsfähigkeit von 70 % in adaptierter Tätigkeit spätestens ab der Begutachtung vor (IV-act. 51). Es wurde im Gutachten zudem festgehalten, die früheren ärztlichen Einschätzungen seien aus orthopädischer Sicht insofern nachvollziehbar, als dem Beschwerdeführer rückenbelastende Tätigkeiten wie die frühere Arbeit nicht mehr möglich seien (IV-act. 92-4). Was die Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit betrifft, wurden die Beurteilungen, wie sich demnach annehmen lässt, gutachterlich nicht geteilt. Wird die zurückliegende Zeit betrachtet, zeigt sich denn auch, dass der Beschwerdeführer durch die Operation vom 20. Mai 2014 eine deutliche Besserung erfahren hatte (die Beinschmerzen waren deutlich besser geworden, bei noch bestehenden Rückenschmerzen, vgl. IV-act. 23 und 28; bzw. "die Schmerzen im Rücken und Bein [waren danach] insgesamt besser, jedoch nie vollständig weg", vgl. IV-act. 92-41). Die späteren Behandlungen dagegen (stationäre Rehabilitation und diverse Massnahmen) blieben nach Angaben des Beschwerdeführers bei der Begutachtung (vgl. IV-act. 92-41) alle ohne anhaltenden Erfolg und es ging knapp drei Jahre nach der Operation "unverändert schlecht" (vgl. IV-act. 92-25). Der operativ behandelnde Dr. C.____ hatte nach der Operation bereits am 28. Mai 2014 erwartet, dass der Beschwerdeführer - nach voller Arbeitsunfähigkeit für eine postoperative Phase von mindestens drei Monaten - ab Ende August 2014 noch für mindestens acht Wochen in rückenadaptierter Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig, d.h. also entsprechend auch wieder zu 50 % arbeitsfähig, sein werde. Unter der (nicht kontrollierten) Annahme eines hohen Opiateinsatzes (Targin) durch den Beschwerdeführer (vgl. IV-act. 25-2 i.V.m. IV-act. 28) schob der Arzt diesen Zeitpunkt gemäss Bericht vom 22. Oktober 2014 (IV-act. 25-2 f.) dann auf den Zeitpunkt einer Endbeurteilung von Ende November 2014, gemäss Bericht vom 1. Dezember 2014 (IV-act. 28) nochmals (um drei Monate) weiter auf. Röntgenologisch lagen aber völlig regelrechte Verhältnisse vor (ausserdem FBA nicht schlecht, Gehen auf Zehenspitzen und Fersen möglich, keine Hypästhesie, reizlose Narbe, einzig lumbale Druckdolenz im OP-Gebiet, vgl. IV-act. 28). Angesichts des seit der Operation (nach postoperativer Phase) im Wesentlichen unveränderten



(jedenfalls nicht mehr verbesserten) Zustands ist bei den vorliegenden Gegebenheiten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ab Ende August 2014, spätestens aber bei Ablauf einer möglichen Wartezeit im Oktober 2014 (eine im Sinn von Art. 29ter IVV ununterbrochene medizinische Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestand seit dem 16. Oktober 2013, vgl. IV-act. 15-6) die vom Gutachten bei objektivierter Betrachtung festgestellte Arbeitsfähigkeit für adaptierte Arbeit von 70 % vorlag.

5.

5.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). - Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (BGE 129 V 222; vgl. etwa auch Bundesgerichtsentscheid 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015). - Nach Angaben in der Arbeitgeberbescheinigung vom 17. März 2014 betrug der Lohn des Beschwerdeführers seit April 2012 jährlich Fr. 59'150.-- (Fr. 4'550.-- pro Monat). Gemäss dem IK-Auszug hat er im betreffenden Arbeitsverhältnis bis 2008 ansteigende Einkommen mit dem Maximum von damals Fr. 56'075.-- verdient, hernach war das Einkommen tendenziell rückläufig gewesen. Im Jahr 2011 lag das Einkommen bei Fr. 51'238.--, 2012 bei Fr. 47'066.-- und 2013 bei Fr. 49'989.--. Jedenfalls in den Jahren 2012 und 2013 hatten nach der Aktenlage allerdings bereits Arbeitsunfähigkeitsphasen die IK-Einkommen beeinflusst. Das betreffende Arbeitsverhältnis ist schliesslich aus Gründen des ungenügenden Arbeitsaufkommens gekündigt worden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden wieder eine ähnlich entlohnte Arbeit aufgenommen hätte. Sein ohne Gesundheitsschaden erreichtes Lohnniveau liegt indessen jedenfalls unter den



statistischen Durchschnittseinkommen, denn diese lagen 2011 bei Fr. 61'910.--, 2012 bei Fr. 65'177.-- und 2013 bei Fr. 65'654.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik).

5.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie - wie der Beschwerdeführer - keine Erwerbstätigkeit mehr aus, sind hierfür statistische Werte beizuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, vgl. etwa auch Bundesgerichtsentscheid vom 26. Januar 2016, 9C_762/2015). - Der Beschwerdeführer kann gemäss dem Gutachten keine körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten mehr ausüben, keine Lasten über 15 kg (und nicht häufig Lasten über 10 kg) heben und keine Tätigkeiten mit erforderlichen Rotationsbewegungen, in kauender Haltung, vorwiegend in gebückter Haltung oder mit häufigem Treppen- oder Leitersteigen erfüllen. Leichte wechselbelastende Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen, mit Heben bis maximal 10 kg, mit der Möglichkeit des selbstgewählten Positionswechsels und selbstgewählter verlängerter Pausen sind dem Beschwerdeführer dagegen zumutbar (IV-act. 92-51 f.). Die erforderlichen Einschränkungen sind nicht so weitreichend, dass sie eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit als unrealistisch erscheinen lassen müssten. Für die Invaliditätsbemessung ist ein ausgeglichener Arbeitsmarkt massgebend, der sich - zur Abgrenzung der Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S C. vom 16. Juli 2003, I 758/2002; BGE 110 V 276 E. 4b) - durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage ausgezeichnet und, was die verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht, einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (vgl. Bundesgerichtsentscheid 8C_652/2014 vom 9. Januar 2015). Grundsätzlich kann daher auf die Tabellenlöhne abgestellt werden. - Sowohl das Validen- wie das Invalideneinkommen ist somit ausgehend vom selben Tabellenlohn zu bestimmen, weshalb der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 entspricht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 20. April 2010, 9C_215/2010 E. 5.2).



5.3 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Allenfalls bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen bereits berücksichtigte invaliditätsfremde Faktoren - wie konkret etwa die ausländische Herkunft - führen nicht auch noch zu einem Abzug (vgl. dazu BGE 134 V 322 E. 5.2). - Die gesundheitlich bedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers sind in der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeitsschätzung enthalten. Insbesondere berücksichtigt diese den Pausenbedarf. Der Umstand, dass bei vollzeitlicher Präsenz, wie sie dem Beschwerdeführer zumutbar ist, nur ein eingeschränktes Rendement möglich ist, ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht abzugsrelevant (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 4. April 2012, 8C_20/2012). Ein Abzug wegen nicht mehr zumutbarer körperlich belastenderer Arbeit fällt, da der genannte Tabellenlohn (des Kompetenzniveaus 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst, nicht in Betracht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 24. Mai 2018, 8C_884/2017 E. 4.2). Ein mehr als 10 % ausmachender Abzug kommt bei den vorliegenden Gegebenheiten, da allein die Rücksicht auf die erforderlichen individuell flexiblen Arbeitspositionen in Betracht fällt, nicht in Frage. Selbst damit ergibt sich allerdings bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad (sondern 37 %; $1 - [0.7 \times 0.9]$).

5.4 Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch daher zu Recht abgelehnt.

6.

6.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2 Nach Art. 69 Abs. 1bis 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



St.Galler Gerichte

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.