



Fall-Nr.: IV 2019/28
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 05.10.2021
Entscheiddatum: 31.03.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 31.03.2021

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Eine retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung für adaptierte Tätigkeiten fehlt. Rückweisung zur Ergänzung des Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. März 2021, IV 2019/28).

Entscheid vom 31. März 2021

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2019/28

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Marcel Köppel, Mätzler & Partner,
Grossfeldstrasse 45, 7320 Sargans,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich im Juli 2013 wegen eines Polytraumas infolge eines Motorradunfalls vom 15. Mai 2013 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Er gab an, im Herkunftsland die Schule besucht zu haben. Einen Beruf habe er nicht erlernt. Er arbeite als Anlagenführer bei B.____ in einem Vollzeitpensum. Gemäss Arbeitsvertrag betrug das Grundgehalt ab 1. Februar 2013 Fr. 5'050.-- brutto (Fr. 4'800.-- + Fr. 250.-- Zulage für Schichtbereitschaft, IV-act. 4). Die B.____ teilte am 18. Juli 2013 mit (IV-act. 12), der Versicherte sei als Anlagenführer angestellt. Sie legte Lohnkontoauszüge bei.

A.b. Der Hausarzt Dr. med. C.____ berichtete am 24. September 2013 (IV-act. 19), der Versicherte habe am 15. Mai 2013 einen Motorradunfall mit einer komplexen Unterschenkelfraktur links und mehreren Second-Look-Operationen und mit einer Tibiaplateaufraktur rechts erlitten. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Anlagenführer, da diese Tätigkeit häufiges Gehen beinhalte. Er legte einen Bericht der Klinik Z.____ vom 30. August 2013 bei. Darin waren die folgenden Diagnosen angegeben: St.n. Motorradunfall am 15. Mai 2013 (komplexe nach ventral dislozierte proximale Unterschenkelfraktur mit Weichteilschaden M. Tibialis anterior und traumatischer Eröffnung des Kniegelenks links, RQW ventro-lateraler Oberschenkel links, St.n. Logenspaltung, offener Reposition und temporärer Fixierung mittels kniegelenksüberbrückendem Fixateur extern, Kniegelenkspülung und Wundversorgung am 15. Mai 2013, St.n. Second-Look-Operation und Coldex-Wechsel am 17. Mai 2013, St.n. Third-Look, Débridement und VAC-Wechsel am 21. Mai 2013), minim dislozierte Tibiaplateaufraktur rechts, Schulterkontusion rechts (vgl. auch die Austrittsberichte des Y.____ vom 17. Juni 2013 und der X.____ vom 9. September 2013,



St.Galler Gerichte

Fremdakten-act. 2-7, 4-7). Am 20. November 2013 berichteten Fachärzte dieser Klinik (IV-act. 27), eine CT des linken Unterschenkels habe eine Konsolidation der intraartikulären Anteile der Fraktur und einen grossen Substanzdefekt der metaphysären Fraktur gezeigt. Der Versicherte sei mit einer operativen Revision einverstanden. Am nächsten Tag wurde der Versicherte operiert (Fremdakten-act. 6-4). Im Anschluss daran berichteten Fachärzte über einen langsamen Heilungsverlauf (vgl. die Berichte der Klinik Z.____ vom 23. Januar 2014, 24. März 2014, 9. Mai 2014, 25. Juni 2014, 3. September 2014 und 4. November 2014, IV-act. 30, 34, 37, 41, 43, 46). Am 4. November 2014 attestierten sie eine unveränderte vollständige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten als Anlagenführer.

A.c. Dr. med. D.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 19. November 2014 (IV-act. 47), es sei von einem instabilen Gesundheitszustand auszugehen.

A.d. Am 27. April 2015 teilte Dr. med. E.____, Oberarzt an der Klinik Z.____, mit (IV-act. 55), radiologisch zeige sich die Tibiaplateaufraktur rechts, welche konservativ behandelt worden sei, als gut verheilt. Im Unterschenkel links zeige sich im Vergleich zu den Voraufnahmen eine deutlich zunehmende Konsolidierung. Erstmalig sei von einer Konsolidierung der Situation auszugehen. Klinisch stagniere die Entwicklung jedoch. Er attestierte dem Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Anlagenführer. Fachärzte des W.____ gaben am 26. August 2015 die Diagnose eines chronifizierten gemischt-nozizeptiv-neuropathischen Schmerzsyndroms an (IV-act. 67). Sie teilten mit, der Versicherte habe berichtet, dass ihm die Arbeitsstelle bei B.____ per Ende Juli 2015 gekündigt worden sei. Der Versicherte gehe mit einem rechtsseitigen Stock. Die Schmerzen würden unterhalb der Kniescheibe beginnen und dann medialeits Richtung OSG ziehen. Anamnestisch und klinisch würden sie die Problematik im Rahmen eines chronifizierten gemischt-nozizeptiv-neuropathischen Schmerzsyndroms im Knie und im Unterschenkelbereich linksseitig beurteilen. Am 17. September 2015 gaben Fachpersonen der V.____ an (Fremdakten-act. 24-9), sie hätten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Beim Versicherten stehe eine depressive Reaktion auf die einschneidende Lebensveränderung durch den Unfall im Vordergrund. Sie empfahlen eine psychiatrische Behandlung in Wohnortsnähe. Fachärzte der Klinik Z.____ teilten am 18. September 2015 mit (IV-act. 74), der Versicherte könne mit einem



starken Entlastungshinken frei gehen. Eine CT-Untersuchung habe die Tibia und die Fibula links als deutlich konsolidiert gezeigt. Der Versicherte spüre dennoch belastungsabhängige Schmerzen, wahrscheinlich von einer Nervenläsion im Bereich des Nervus saphenus-Gebiets. Fachärzte der U.____ teilten am 15. Oktober 2015 mit (Fremdakten-act. 24-2), der elektroneurologische Befund sei mit einer Läsion des N. saphenus links vereinbar. Fachärzte des W.____ berichteten am 23. November 2015 (Fremdakten-act. 24-4), die neuropathische Schmerzsymptomatik habe sich unter einer medikamentösen Behandlung gebessert. Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums F.____ gaben am 8. Januar 2015 (richtig wohl: 8. Januar 2016, IV-act. 78) die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) an. Sie attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Fachärzte der Klinik Z.____ teilten am 14. Januar 2016 mit (IV-act. 80), der Versicherte könne bei einem deutlichen Hinken unter Vollbelastung frei gehen; an Unterarm-Gehstützen zeige sich ein flüssiges und problemloses Gangbild. Wahrscheinlich wäre es sinnvoll, die Entfernung des Osteosynthesematerials am linken Knie durchzuführen, bevor ein Arbeitsversuch erfolge. Am 19. Mai 2016 berichteten Fachärzte derselben Klinik (IV-act. 88), am 10. Mai 2016 seien eine Exploration des Nervus saphenus links mit einer Neurotomie und eine Osteosynthesematerialentfernung an der Tibia links erfolgt. Am 29. Juni 2016 teilten Fachärzte mit (IV-act. 93), der Versicherte habe über eine Verbesserung der Situation berichtet. Die Pseudarthrose bzw. der grosse Defekt im Schienbeinkopf scheine ossär durchbaut und soweit verheilt. Die Schmerzen medially im Kniegelenk zeigten sich regredient. Am 24. August 2016 gab Dr. E.____ an (IV-act. 97), im Vergleich zur Voruntersuchung am 27. Juni 2016 hätten die Gangsicherheit sowie das Gangbild eine Besserungstendenz gezeigt. Der Heilungsverlauf zeige sich wieder eher stagnierend. Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums F.____ gaben am 27. August 2016 an (IV-act. 95), der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verbessert. Die Arbeitsfähigkeit sei aus somatischer Sicht eingeschränkt.

A.e. Der RAD-Arzt Dr. D.____ erachtete am 21. September 2016 eine polydisziplinäre Begutachtung für angezeigt (IV-act. 105).

A.f. Am 21. und 22. Februar 2017 wurde der Versicherte durch die medexperts ag polydisziplinär (orthopädisch, psychiatrisch, internistisch, neurologisch und



neuropsychologisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 11. April 2017 nannten die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 111-78 f.): Posterolaterale Instabilität Kniegelenk links, beginnende Gonarthrose links mit einer eingeschränkten Belastbarkeit beim Gehen und Stehen bei einem St.n. einem Motorradunfall am 15. Mai 2013, Re-Osteosynthese der proximalen Tibia links und Auffüllen des Knochendefektes mit Beckenkammpongiosa am 21. November 2013, in Folge chronische Knieschmerzen links mit Chronifizierungsgrad I (ausführliche Diagnosen siehe die Auflistung im Gutachten). Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gaben sie unter anderem an: AC-Gelenkssprengung Tossy 3 mit einer deutlichen Dehiszenz und Fehlstellung ohne funktionelle Einschränkung, minimal dislozierte Tibiaplateaufrakturen rechts, konservativ behandelt, Läsion N. saphenus links ohne Hinweise für ein neuropathisches oder neuralgisches Schmerzsyndrom, Tinnitus rechts ohne Hinweis auf eine Hörminderung. Die orthopädische Gutachterin äusserte sich zur Untersuchung (IV-act. 111-45 ff.); ihre Beurteilung hielt sie in der polydisziplinären Zusammenfassung fest (vgl. unten). Der psychiatrische Sachverständige führte aus (IV-act. 111-59 ff.), nach einer Durchsicht der Akten, dem Erheben der Anamnese und der Befunde liessen sich keine objektivierbaren psychischen Befunde mit einer relevanten Ausprägung und Schwere erheben. Der Versicherte zeige keine Hinweise auf eine depressive Erkrankung oder eine Angststörung. Er zeige auch keine Hinweise auf ein Suchtleiden, eine schizophreniforme Erkrankung oder eine Persönlichkeitsstörung. Im Raum stehe die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. In den Berichten der behandelnden Therapeuten werde die Diagnose aufgeführt, aber inhaltlich nicht belegt. Die beschriebenen Flashbacks sehe er als eine normale Erinnerung an den Unfall an. Der Versicherte fahre wieder Auto und müsse öfters die Unfallstelle passieren. Der Versicherte berichte gefasst und geordnet vom Unfall, wirke normal emotional belastet ohne Überreagieren und zeige auch keine psychovegetativen Symptome. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne aktuell nicht gestellt werden. In den Akten sei eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren aufgeführt. In der interdisziplinären Besprechung sei zu erfahren gewesen, dass die vom Versicherten berichteten Schmerzen vor allem aus orthopädischer Sicht erklärbar und auf den Unfall zurückzuführen seien. Die in der neurologischen Untersuchung gezeigte Verdeutlichung sehe er nicht als eine anhaltende Demonstration von



quälenden, langanhaltenden Schmerzen. Somit verneine er die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Zurzeit bestünden keine konkreten Erscheinungsformen einer psychischen Gesundheitsschädigung. Eine Aggravation oder ähnliche Erscheinungen liessen sich nicht eruieren. Der Versicherte habe schulisch ein hohes Bildungsniveau erreicht und sei vor einem Universitätsstudium gestanden, habe in der Schweiz aber in einer einfachen körperlichen Tätigkeit gearbeitet. Als Ressource zu betrachten sei das Autofahren, das Treffen von Leuten und das Pflegen von Kontakten. Der Versicherte habe zudem seine Deutschkenntnisse auf das Niveau B1 verbessern können. Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne er nicht stellen. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Verdacht auf ein St.n. Anpassungsstörung mit verschiedenen Gefühlen 2013/2014 zu nennen. Er gehe davon aus, "dass der Versicherte bisher, weder früher noch heute, relevant aufgrund einer psychischen Erkrankung in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit eingeschränkt war und ist". Die früheren psychiatrischen Einschätzungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit seien nicht nachvollziehbar, da vor allem auch die somatischen Beschwerden miteinbezogen worden seien. Der internistische Gutachter konnte keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (IV-act. 111-68). Er attestierte eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Der neurologische Experte erklärte (IV-act. 111-76), die Zuordnung der Beschwerden sei von neurologischer Seite eher schwierig. Die Symptomdarstellung sei sehr allgemein und vage erfolgt, sei schwer zu fassen und auch nur durch Nachfragen partiell einzugrenzen gewesen. Die Symptomdarstellung, aber auch die Beobachtung des An- und Ausklevorgangs mit einem heftigen Überatmen sowie die Schilderung der eingestellten Haushaltsaktivitäten deuteten auf ein dysfunktionales Bewältigungsmuster hin, wobei Ätiologie und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch untersucht würden. Plakativ habe auch die Einnahme eines "Schmerzmittels" (Motilium) während der Untersuchung gewirkt. Die neuropsychologische Testung habe in Übereinstimmung mit dem klinisch-neurologischen Befund keine Hinweise auf eine hirnsubstanziell bedingte neurokognitive Leistungseinschränkung ergeben. Aus neurologischer Sicht sei lediglich der angegebene Tinnitus rechts bedeutsam, weil Tätigkeiten mit Lärmbelastung oder gehörschädigender Wirkung nicht möglich seien. Bei fehlenden neurokognitiven Einschränkungen, fehlenden Sinnesbehinderungen und normaler motorischer Funktion



der Extremitäten seien auch gute Ressourcen vorhanden. Der neurologische Gutachter gab keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an. Er attestierte eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in adaptierten Tätigkeiten nach der Abheilung der orthopädisch-chirurgischen Unfallfolgen. Die neuropsychologische Sachverständige hielt fest (IV-act. 112-5), trotz Fremdsprachigkeit habe der Versicherte bei der Testbearbeitung häufig über eine rasche Auffassungsgabe bzw. schriftliches und mündliches Instruktionsverständnis verfügt. Im Vordergrund seien häufige und ausgeprägte Schmerzangaben gestanden. Im Untersuchungsverlauf habe der Versicherte eine Schmerztablette eingenommen. Erstaunlicherweise sei der Versicherte dennoch in der Lage gewesen, in der Mehrzahl der verschiedenen kognitiven Teilbereiche altersnormgerechte Ergebnisse zu erreichen. In der polydisziplinären Zusammenfassung gaben die Gutachter an (IV-act. 111-81 ff.), der Versicherte habe beim Motorradunfall am 15. Mai 2013 eine proximale Tibia- und Fibulafraktur links erlitten, die wegen einer Pseudarthrosenbildung mehrfach operiert worden sei. Eine minimal dislozierte Tibiaplateaufraktur rechts und die AC-Gelenksprengung der Schulter rechts seien konservativ behandelt worden. Der Heilungsverlauf sei durch die Pseudarthrosenbildung verzögert gewesen. Erst nach der Metallentfernung an der Tibia links sei eine Besserung eingetreten. Im Bereich der Wirbelsäule hätten sich bis auf muskuläre bzw. myofasziale Triggerpunkte im Bereich des Rückenstreckeransatzes links keine Einschränkungen gefunden. Im Bereich der oberen Extremitäten hätten sich radiologisch ein deutlich verbreiteter AC-Gelenkspalt ohne wesentliche arthrotische Veränderungen und ohne Anhalt für eine periartikuläre oder paraossale Weichteilkalzifikation gefunden. Die Schulterfunktion und die übrigen Funktionen der Hand- und Fingergelenke seien nicht eingeschränkt gewesen. Im Bereich der unteren Extremitäten seien die endgradig eingeschränkte Hüftfunktion links sowie die Druckdolenz über dem Adduktorenverlauf links und Tibiakopf proximal/medial links durch die muskulären Defizite bei Ansatzdendinopathien erklärbar. Auch die posterolaterale Instabilität sei überwiegend auf die muskulären Defizite der knieführenden und -stabilisierenden Muskulatur zurückzuführen. Die beklagte "giving way Symptomatik" werde überwiegend durch die muskulären Defizite bei einer leicht- bis mittelgradigen posterolateralen Instabilität erklärt. Die eingeschränkte Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenkes bei einer Dorsalflexion sei auf die verkürzte Wadenmuskulatur links zurückzuführen. Die Schmerzmedikation sei insuffizient. Aus



orthopädischer Sicht sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit zu 50% eingeschränkt. Begründet werde dies mit der eingeschränkten Belastbarkeit bei einem überwiegenden Stehen und Gehen, der posterolateralen Instabilität des linken Kniegelenks und einer Verlangsamung aufgrund der Schmerzen. Die medikamentöse Schmerzbehandlung sei auf den Bedarf ausgerichtet. Dies lasse eine geringe Schmerzintensität vermuten, sei aber nicht leitliniengerecht. Bei einer Edukation, einer suffizienten Schmerztherapie in Kombination mit Physiotherapie und MTT und einer Hilfsmittelversorgung (Knieorthese mit einer seitlichen Stabilisierung) könnte medizinisch-theoretisch ausgehend von einem Vollpensum eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50% auf 70% erreicht werden. Ein Arbeitsversuch werde empfohlen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten ausschliesslich im Stehen und Gehen, Treppen-, Leiter- und Gerüstesteigen mit einem schweren Heben und Tragen von 10-15 kg Gewicht, Gehen auf unebenem Gelände sowie einem ständigen Fusseinsatz durch das Betätigen von Pedalen. Ausgehend von einem Vollpensum werde in einer adaptierten Tätigkeit eine Leistungsminderung von ca. 20-30% wegen den Restfunktionsstörungen des Kniegelenks und der Schmerzchronifizierung angenommen. Eine stufenweise Eingliederung mit einem Beginn von 50% werde empfohlen. Aus neurologischer Sicht sei auf die Diskrepanz bei der Schilderung der Schmerzsymptomatik hingewiesen und keine neuropathische Schmerzsymptomatik angenommen worden, wobei die Schädigung des Nervus saphenus klinisch von untergeordneter Bedeutung sei. Die neuropsychologische Testung habe in Übereinstimmung mit dem klinisch-neurologischen Befund keine Hinweise auf eine hirnsubstanziell bedingte neurokognitive Leistungseinschränkung ergeben. Aus neuropsychologischer Sicht sei das Schmerzverhalten auffällig gewesen. Psychiatrisch hätten sich keine objektivierbaren Befunde mit einer relevanten Ausprägung und Schwere erheben lassen. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Anlagenführer sei der Versicherte aus orthopädischer Sicht zu 50% arbeitsfähig. Eine stufenweise Wiedereingliederung und vermehrte Pausen mit der Möglichkeit zu sitzen seien notwendig. Eine stufenweise Steigerung auf 70% erscheine unter Berücksichtigung eines vermehrten Pausenbedarfs von 15 Minuten nach ein bis zwei Stunden möglich. Nach der Aktenlage sei der Arbeitsplatz ungekündigt. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit werde mit dem Unfallereignis am 15. Mai 2013 angenommen und danach zu 100% beurteilt. Auch im weiteren Verlauf



sei der Versicherte wie attestiert zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Durch die vielfachen OP-Massnahmen und wegen der Pseudarthrose habe ein verzögerter Heilungsverlauf bestanden. Frühestens sechs Wochen nach der OSME werde bei einer subjektiven Besserung der Kniefunktion eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen. Spätestens ab dem Gutachtenzeitpunkt werde der Versicherte unter Berücksichtigung des Leistungsprofils, der vermehrten Pausen und der Hilfsmittelversorgung zu 50% arbeitsfähig eingeschätzt. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte aus orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung des Leistungsprofils voll arbeitsfähig. Eine Leistungsminderung von 20-30% werde bei einem vermehrten Pausenbedarf und einer Verlangsamung aufgrund der chronifizierten Schmerzen angenommen. Der Beginn sei sofort möglich. Eine stufenweise Wiedereingliederung werde vorgeschlagen. Zumutbar seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu sitzen, ohne das schwere Heben und Tragen von Lasten von 10-15 kg, ohne längere gebückte, kauende Positionen, ohne einseitige Zwangshaltungen, ohne das Gehen auf unebenem Gelände, Klettern und Leiter-Gerüste-Steigen.

A.g. Die RAD-Ärztin Dr. med. G. ___ notierte am 20. April 2017 (IV-act. 113), auf das Gutachten könne abgestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit werde ausschliesslich aus orthopädischer Sicht eingeschränkt. Ab dem Unfallzeitpunkt am 15. Mai 2013 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angestammt und adaptiert bestanden. Ab sechs Wochen nach der letzten Operation (Osteosynthesematerialentfernung am 10. Mai 2016) habe die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit 50% und in adaptierten Tätigkeiten 75% betragen.

A.h. Am 30. Mai 2017 fand ein Strategiegelgespräch statt (IV-act. 119). Dieses ergab, dass der Versicherte einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung habe. Vom 7. August 2017 bis 31. Oktober 2017 wurde beim Versicherten eine berufliche Abklärung durchgeführt mit dem Ziel, zur Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt die Präsenzzeit von vier auf sechs Stunden an fünf Tagen pro Woche zu steigern. Die Abklärung ergab, dass bei einer Präsenz von vier Stunden am Tag eine Leistungsfähigkeit von 25% hatte erzielt, aber diese nicht weiter hatte gesteigert werden können (IV-act. 158). Der Eingliederungsverantwortliche notierte am 3. November 2017 (IV-act. 155), der Versicherte habe im Verlauf keinen bis einen gering spürbaren Willen, seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen oder



voranzubringen, gezeigt. Am 7. November 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen (IV-act. 157).

A.i. Am 13. November 2017 berichtete Dr. E.____ (IV-act. 165), im letzten halben Jahr habe sich eine Besserung der Situation mit einer verbesserten Gehfähigkeit gezeigt. Als neue Diagnose gab er einen St.n. LWS-Kontusion 09/2017 an. Am 28. November 2017 liess der Versicherte drei Arztberichte einreichen (IV-act. 168). Der Hausarzt Dr. C.____ hatte am 3. November 2017 angegeben (IV-act. 169), es bestünden Einschränkungen für kniebelastende Tätigkeiten bei einem sehr zögerlichen Heilungsverlauf. Es sei damit zu rechnen, dass keine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums F.____ hatten am 15. November 2017 dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 8. Januar 2015 (richtig wohl: 2016, IV-act. 78) mitgeteilt (IV-act. 170). Sie hatten festgehalten, im Laufe der Behandlung habe eine Verbesserung der psychischen Symptome erzielt werden können. Dennoch sei aufgrund der chronischen Schmerzen und der beim Unfall erlittenen körperlichen Verletzungen weiterhin eine reduzierte Belastbarkeit begleitet von Zukunftsängsten gegeben. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der somatischen Unfallfolgen nicht gegeben. Dr. E.____ hatte am 20. November 2017 berichtet (IV-act. 171), er könne sich der Stellungnahme des RAD, laut der im angestammten Beruf eine 50%ige und in adaptierten Tätigkeiten eine 75%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, nicht anschliessen. Dieser Bericht bilde nicht die tatsächliche Situation ab. Neben den multiplen Knochenbrüchen und ausgedehnten Weichteilverletzungen habe sich über die Jahre ein relevantes Schmerzsyndrom mit den in einer solchen Situation durchaus zu erwartenden psychischen Belastungen entwickelt. Seines Erachtens seien relevante Aspekte übersehen worden. Im Bericht stehe in einem Satz ein auffälliges Schmerzverhalten. Er wisse nicht, worauf sich diese Aussage stütze bzw. was mit auffällig gemeint sei. Eine 75%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten erscheine zu hoch.

A.j. Der Versicherte wurde am 18. Januar 2018 kreisärztlich untersucht (Fremdakten-act. 111). Der Kreisarzt der SUVA hielt fest, nach wie vor bestehe eine verminderte Belastbarkeit, vor allem im Bereich des linken Beins, aber auch im Bereich der rechten Schulter, bei einem anhaltenden Schmerzsyndrom, bei leichten muskulären Defiziten und bei einer erheblichen Selbstlimitierung. Er werde den Versicherten für einen



Aufenthalt in die T.____ aufbieten, um die Leistungsfähigkeit im Bereich beider Körperregionen nachhaltig zu verbessern. Vom 7. Februar 2018 bis 7. März 2018 war der Versicherte in der T.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 9. März 2018 gaben Fachpersonen die folgenden Diagnosen an: Unfall vom 15. Mai 2013, Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), 09/2017 LWS Kontusion, atypische Thoraxschmerzen nicht-koronarer Genese (ausführliche Diagnosen siehe Fremdakten-act. 128). Sie hielten fest, eine mässige Symptomausweitung sei beobachtet worden. Diese sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur zum Teil erklären. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Aus unfallkausaler Sicht sei die Tätigkeit als Anlagebediener nicht zumutbar, da die Anforderungen (bis schwere Tätigkeit, ganztags stehend/gehend) zu hoch seien. Eine leichte Tätigkeit ohne gebeugte, hockende oder kniende Zwangshaltungen, wechselbelastend, ohne Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, ohne längeres Gehen auf unebenem Boden, ohne häufiges Treppensteigen, ohne Arbeiten mit schlagenden/vibrierenden Geräten, ohne Arbeiten über der Horizontalen und ohne häufiges Hantieren von Lasten körperfern sei ganztags zumutbar. Der Versicherte sehe sich als zu 20-30% arbeitsfähig. Der Kreisarzt der SUVA notierte am 16. März 2018 (Fremdakten-act. 132), es sei vom Endzustand auszugehen. Er gehe mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der T.____ einher. Der (neue) Hausarzt Dr. med. H.____ attestierte am 5. April 2018 zuhanden der Arbeitslosenversicherung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 15. Mai 2013 bis 31. März 2018 und eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. April 2018 bis auf weiteres (IV-act. 174). Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums F.____ teilten am 10. April 2018 mit (IV-act. 175), der Status des Versicherten sei seit dem letzten IV-Bericht unverändert. Am 1. Mai 2018 berichtete Dr. E.____ (IV-act. 180), der Endzustand sei eingetreten. Das Hauptziel, die freie Gehfähigkeit, zumindest über kürzere Strecken, sei erreicht und die Schmerzen seien wesentlich weniger geworden. Er habe den Versicherten vom 30. April 2018 bis 30. Juli 2018 zu 50% arbeitsunfähig geschrieben; dieser sei arbeitssuchend. Dr. H.____ gab am 7. Juli 2018 an (IV-act. 182), der medizinische Endzustand sei weitgehend erreicht. Der Versicherte sei in der bisherigen Tätigkeit aufgrund der orthopädischen und psychischen Einschränkungen seit dem



Unfall vollständig arbeitsunfähig. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit sei er ab dem 30. April 2018 zu 50% arbeitsfähig.

A.k. Die RAD-Ärztin Dr. G.____ notierte am 26. Juli 2018 nach einer Durchsicht der Berichte (IV-act. 186), der Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zum polydisziplinären Gutachten vom 11. April 2017 nicht verändert; in Bezug auf das Kniegelenk sei sogar von einer Besserung berichtet worden. Am 22. September 2017 sei der Versicherte auf das Gesäss gestürzt und habe sich eine Prellung zugezogen. Der Fall sei von der SUVA am 26. September 2017 abgeschlossen worden. Gemäss dem Austrittsbericht der T.____ resultierten von Seiten des Rückens keine Einschränkungen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten habe weiterhin Gültigkeit.

A.l. Mit einem Vorbescheid vom 27. August 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 189), sie sehe die Zusprache einer ganzen Rente ab dem 1. Mai 2014 bis 30. September 2016 vor. Zur Begründung gab sie an, vom 15. Mai 2013 bis Ende Juni 2016 habe in sämtlichen Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Anschliessend habe sich der Gesundheitszustand wesentlich und anhaltend verbessert. In adaptierten Tätigkeiten bestehe seither eine 75%ige Arbeitsfähigkeit. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'458.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 49'840.-- (Abstützen auf den Durchschnittsverdienst der Arbeitnehmenden gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik) betrage der Invaliditätsgrad 23%. Die ganze Rente werde deshalb nach einer dreimonatigen Übergangszeit per 30. September 2016 eingestellt. Der Versicherte liess am 24. September 2018 einen Einwand erheben (IV-act. 192). Sein Rechtsvertreter beantragte die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Mai 2014 bis 30. September 2016 und einer Dreiviertelsrente ab 1. Oktober 2016. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, der Versicherte habe im Jahr vor dem Unfall ein Jahreseinkommen von Fr. 73'896.-- erzielt. Da er seither in den Genuss von Lohnerhöhungen gekommen wäre, sei von einem Valideneinkommen von Fr. 80'000.-- auszugehen. Das Invalideneinkommen sei deutlich zu hoch beziffert. Die Einschätzung einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten lasse sich nicht mit den Aussagen von Dr. E.____ in den Berichten vom 20. November 2017 und 1. Mai 2018 vereinbaren. Die nicht realistische Einschätzung des RAD ergebe sich auch aus den Berichten von Dr. C.____ vom 3. November 2017



und von dessen Nachfolger Dr. H.____ vom 7. Juli 2018. Die Beurteilungen der Dres. E.____, C.____ und H.____ fänden ihre Bestätigung im Schlussbericht über die Berufliche Abklärung vom 9. November 2017. Darin sei dem Versicherten, im Widerspruch zum Bericht der T.____ vom 9. März 2018, ein uneingeschränkter Wille bezüglich einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben bestätigt worden. Zusätzlich zu berücksichtigen seien die aktenkundig vorhandenen psychogenen Störungen (inkl. Tinnitus). Im Bericht des Psychiatrie-Zentrums F.____ vom 15. November 2017 seien die psychogenen Störungen bestätigt worden. Die körperlichen Beeinträchtigungen und die psychogenen Störungen schränkten den Versicherten in seinen Erwerbsmöglichkeiten erheblich ein. Es sei von einem Invaliditätsgrad von zumindest 60% auszugehen. Die IV-Stelle bat den RAD um eine Stellungnahme zum Einwand des Versicherten. Die RAD-Ärztin Dr. G.____ hielt am 18. Oktober 2018 fest (IV-act. 193), Dr. E.____ bemängle, dass neben den Knochenbrüchen und Weichteilverletzungen ein relevantes Schmerzsyndrom mit psychologischen Belastungen vorliege. Gemäss dem Gutachten vom 11. April 2017 sei der Schmerzzustand interdisziplinär abgeklärt worden. Eine Schmerzdiagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht gestellt worden. Auch hätten keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Dies werde auch im Bericht der T.____ bestätigt. Dr. E.____ könne ein auffälliges Schmerzverhalten nicht nachvollziehen. Dieses werde im neuropsychologischen Teilgutachten erwähnt. Die T.____ habe eine mässige Symptomausweitung bestätigt. Dr. E.____ beziffere die Arbeitsfähigkeit etwas anders als die Gutachter, dabei handle es sich um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts. Der Bericht von Dr. C.____ vom 3. November 2017 enthalte keine Befunde und sehr wenige Angaben; er sei wenig aussagekräftig. Auch aus dem Bericht von Dr. H.____ vom 7. Juli 2018 lasse sich keine Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Gutachten ableiten. Der psychiatrische Gutachter habe sich ausführlich mit den Berichten des Psychiatrie-Zentrums F.____ auseinandergesetzt und habe deren Beurteilung nicht nachvollziehen können. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten könne weiterhin abgestellt werden. Die IV-Stelle sandte die RAD-Stellungnahme dem Versicherten am 19. Oktober 2018 zu (IV-act. 196).



A.m. Mit einer Verfügung vom 18. Dezember 2018 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine vom 1. Mai 2014 bis 30. September 2016 befristete ganze Rente zu (IV-act. 197). Zum Einwand hielt sie fest (IV-act. 194), sie habe diesen sowie die beigelegten medizinischen Unterlagen dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet. Demnach hätten aus dem Schreiben und "aus all den Berichten keine neuen Fakten hervorgebracht werden [können], um an der bisherigen medizinischen Beurteilung und Arbeitsfähigkeit-Schätzung etwas ändern zu können". Bei der Festlegung des Valideneinkommens stütze sie sich auf die Abrechnungen bei der AHV-Ausgleichskasse vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens. Gemäss dem Kontoauszug (IK) sei im Jahr 2011 mit Fr. 65'353.-- das höchste je erzielte Erwerbseinkommen abgerechnet worden. Eine Erhöhung des Valideneinkommens sei deshalb unbegründet.

B.

B.a. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) liess am 29. Januar 2019 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Dezember 2018 erheben. Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, soweit damit die dem Beschwerdeführer zukommende Rente ab dem 30. September 2016 eingestellt werde, und die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Mai 2014 bis 30. September 2016 sowie einer Dreiviertelsrente ab 1. Oktober 2016 (act. G 1). Zur Begründung machte er ergänzend zu seinem Einwand zum Vorbescheid im Wesentlichen geltend, die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) anerkenne in der angefochtenen Verfügung den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente für die Zeit ab 1. Mai 2014 bis 30. September 2016. In diesem Umfang bleibe die Verfügung vom 18. Dezember 2018 unangefochten. Die Beschwerdegegnerin sei auf den Einwand, wonach der Beschwerdeführer bereits im Jahr vor dem Unfall ein Jahreseinkommen von Fr. 73'896.-- erzielt habe, nicht eingegangen. Es sei von einem Valideneinkommen von Fr. 80'000.-- auszugehen. Zu beanstanden sei das Invalideneinkommen von Fr. 49'840.--. Diese Einschätzung lasse sich nicht mit den Aussagen der Dres. E.____, C.____ und H.____ in Übereinstimmung bringen. Daran ändere auch die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. G.____ vom 18. Oktober 2018 nichts. Entgegen der RAD-Stellungnahme begründe die festgestellte psychische Störung sehr wohl eine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Zur Beurteilung der



Leistungsminderung sei ein psychiatrisches Gutachten einzuholen. Auf das Gutachten vom 11. April 2017 könne nicht uneingeschränkt abgestellt werden.

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 15. März 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, das Gutachten der medexperts ag vom 11. April 2017 sei beweiskräftig. Die Vorbringen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers und die von ihm ins Recht gelegten Arztberichte weckten keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens. Der Rechtsvertreter habe die behauptete Lohnentwicklung bis auf Fr. 80'000.-- nicht begründet. Gemäss den Lohnkontoauszügen der B.____ habe der Beschwerdeführer im Jahr 2011 ein Bruttoeinkommen von Fr. 73'153.35 und im Jahr 2012 ein solches von Fr. 71'199.95 erzielt. Die darin eingerechneten Kinder- und Ausbildungszulagen seien nicht zu berücksichtigen (vgl. Art. 6 Abs. 2 lit. f AHVV). Zu berücksichtigen sei jedoch eine Lohnerhöhung ab Januar 2013. Das Valideneinkommen betrage Fr. 70'383.70. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'383.70 und einem Invalideneinkommen von Fr. 49'840.-- betrage der Invaliditätsgrad 29%. Der Beschwerdeführer habe damit ab 1. Oktober 2016 keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente.

B.c. Der Beschwerdeführer liess in der Replik vom 12. Juni 2019 im Wesentlichen ergänzend geltend machen (act. G 10), bei objektiver Würdigung der ins Recht gelegten Berichte stehe fest, dass konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens vorhanden seien. Bei der Berechnung des Valideneinkommens habe die Beschwerdegegnerin ausser Acht gelassen, dass für die Schichtbereitschaft ein Zusatz von Fr. 250.-- pro Monat und dass Nachtschichtzulagen sowie eine sogenannte "Werkzeugwechselprämie" ausbezahlt worden seien. Zudem habe der Beschwerdeführer regelmässig Überstunden- und Sonntagsarbeit geleistet. Das Valideneinkommen von Fr. 70'383.70 sei zu tief. Der Rechtsvertreter reichte Mailkorrespondenzen zwischen der SUVA und der B.____ betreffend die Entwicklung des Lohnes des Beschwerdeführers für die Jahre 2014 bis 2018 ein (act. G 10.1).

B.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 12).

B.e. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies den Beschwerdeführer am 20. Januar 2021 auf die Möglichkeit eines nachteiligen Urteils (sog. reformatio in peius) hin (act. G 13). Ein Beschwerderückzug erfolgte nicht.



Erwägungen

1.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung vom 18. Dezember 2018 eine vom 1. Mai 2014 bis 30. September 2016 befristete ganze Rente zugesprochen. Ab 1. Oktober 2016 hat sie bei einem Invaliditätsgrad von 23% einen Rentenanspruch verneint. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat die Aufhebung der Verfügung vom 18. Dezember 2018 beantragt, soweit damit die Rente ab dem 30. September 2016 eingestellt werde. Nach der ständigen Praxis des Bundesgerichts liegt bei einer rückwirkenden Zusprache einer Invalidenrente, die gleichzeitig befristet, herauf- oder herabgesetzt wird, ein einziges Rechtsverhältnis vor. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistung angefochten, ist die gerichtliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass unbestritten gebliebene Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben (BGE 131 V 164, 125 V 413). Die angefochtene Verfügung vom 18. Dezember 2018 regelt *ein* Rechtsverhältnis, nämlich den Rentenanspruch des Beschwerdeführers bis zum 18. Dezember 2018. Im Beschwerdeverfahren bildet deshalb die Verfügung vom 18. Dezember 2018 als Ganzes den Anfechtungsgegenstand; der Anfechtungs- und der Streitgegenstand sind identisch. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist somit, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.

2.1. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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).



2.2. Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.

3.1. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Massgebend zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind das von der Beschwerdegegnerin bei der medexperts ag in Auftrag gegebene polydisziplinäre (orthopädisch, psychiatrisch, internistisch, neurologisch und neuropsychologisch) Gutachten vom 11. April 2017 sowie die im Nachgang dazu erstellten Berichte von Dr. E.____ vom 13. November 2017, 20. November 2017 und 1. Mai 2018, von Dr. C.____ vom 3. November 2017, von Dr. H.____ vom 7. Juli 2018, von der T.____ vom 9. März 2018 und vom Psychiatrie-Zentrum F.____ vom 15. November 2017 und 10. April 2018. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, diese Berichte weckten Zweifel am Beweiswert des Gutachtens. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

3.2. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden geschaffenen und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418).



3.3. Alle Sachverständigen der medexperts ag haben umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Sie haben den Beschwerdeführer eingehend persönlich untersucht, die subjektiven Klagen aufgenommen und im Gutachten die objektiven Befunde wiedergegeben. Gestützt darauf haben sie die Diagnosen gestellt und – sowohl einzeln als auch im Rahmen einer Konsensbesprechung – eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Anhaltspunkte dafür, dass die Untersuchung nicht umfassend gewesen wäre, bestehen nicht.

3.4. Der psychiatrische Gutachter hat keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. In Bezug auf die nach dem Unfall vom 15. Mai 2013 aufgetretene psychische Verschlechterung hat er die Verdachtsdiagnose eines St.n. einer Anpassungsstörung mit verschiedenen Gefühlen 2013/2014 angegeben. Er hat überzeugend begründet, weshalb er die in den Vorakten angegebenen Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren weder hat nachvollziehen noch im Untersuchungszeitpunkt hat bestätigen können. In den Berichten des Psychiatrie-Zentrums F. ___ ist ab dem 27. August 2016 über einen verbesserten psychischen Gesundheitszustand berichtet und angegeben worden, die Arbeitsfähigkeit sei aus somatischer Sicht eingeschränkt (IV-act. 95, 170, 175). In Bezug auf die im Bericht vom 15. November 2017 festgehaltene reduzierte Belastbarkeit begleitet von Zukunftsängsten ist festzuhalten, dass diese mit den chronischen Schmerzen und den beim Unfall erlittenen körperlichen Verletzungen begründet worden ist (IV-act. 170). Dass bei seit langer Zeit bestehenden körperlichen Beeinträchtigungen eine eingeschränkte Belastbarkeit und Zukunftsängste bestehen können, ist plausibel. Angesichts der Angabe, dass die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht eingeschränkt sei, hat jedoch – entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers – überwiegend wahrscheinlich keine psychische Beeinträchtigung mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestanden. Auch die Angabe von Dr. E. ___ im Bericht vom 20. November 2017, dass sich neben den multiplen Knochenbrüchen und ausgedehnten Weichteilverletzungen über die Jahre ein relevantes Schmerzsyndrom mit psychischen Belastungen entwickelt habe, vermag keine Zweifel am psychiatrischen Teilgutachten zu wecken. Der psychiatrische Gutachter hat nämlich – nach der interdisziplinären Besprechung mit den weiteren Sachverständigen – ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren explizit ausgeschlossen (vgl. auch die RAD-Stellungnahme vom 18. Oktober 2018, IV-act. 193). Im Bericht der T. ___ vom 9. März 2018 ist die Diagnose einer Angst und Depression, gemischt (ICD-10 F41.2) angegeben worden. Die Fachärzte haben aber explizit festgehalten, dass die festgestellte psychische Störung



keine arbeitsrelevante Leistungsminderung bewirke (Fremdakten-act. 128). Auch die von Dr. H.____ am 7. Juli 2018 angegebenen Diagnose einer reaktiven Depression als Folge des Unfalls (IV-act. 182) hat in Anbetracht der Einschätzungen der behandelnden Psychiater überwiegend wahrscheinlich keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal Dr. H.____ keine psychiatrischen Befunde genannt hat, anhand welcher die angegebene Diagnose nachvollzogen werden könnte. Im Weiteren hat sich der psychiatrische Gutachter zu den Standardindikatoren, insbesondere zur Konsistenz und zu den Ressourcen des Beschwerdeführers, geäussert. Seine Arbeitsfähigkeitsschätzung ist sprachlich leicht unpräzise ausgefallen; aufgrund der klaren Angabe, dass er keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können, kann er damit aber nur gemeint haben, dass der Beschwerdeführer in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit nie aus psychischen Gründen relevant eingeschränkt gewesen ist. Das psychiatrische Teilgutachten ist überzeugend, weshalb – entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers – kein psychiatrisches (Gerichts-)Gutachten einzuholen ist.

3.5. In somatischer Hinsicht hat der internistische Gutachter keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Gegenteilige medizinische Berichte liegen nicht vor. Die vom Versicherten beklagten Thoraxschmerzen (vgl. die Diagnose der atypischen Thoraxschmerzen nicht-koronarer Genese im Bericht der T.____ vom 9. März 2018, Fremdakten-act. 128) hat der internistische Gutachter überzeugend als muskuloskelettal bedingt aufgrund einer Überbelastung durch das Stockgehen beurteilt. Der neurologische Gutachter hat ebenfalls keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Er hat erklärt, dass die Zuordnung der Beschwerden eher schwierig gewesen sei. Zudem hat er auf ein mögliches dysfunktionales Bewältigungsmuster hingewiesen. Dieses ist von den Fachärzten der T.____ im Bericht vom 9. März 2018 bestätigt worden. Diese haben nämlich angegeben, dass eine mässige Symptorausweitung beobachtet worden sei. Auch die neuropsychologische Sachverständige hat festgehalten, dass anlässlich der Untersuchung Schmerzangaben im Vordergrund gestanden seien. Die orthopädische Gutachterin hat aufgezeigt, dass aufgrund der posterolateralen Instabilität des Kniegelenks links, der beginnenden Gonarthrose links mit einer eingeschränkten Belastbarkeit beim Gehen und Stehen und der chronischen Knieschmerzen links die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (qualitativ und quantitativ) eingeschränkt ist. Sie hat ein Profil für eine adaptierte Tätigkeit formuliert (keine Tätigkeiten ausschliesslich im Stehen und Gehen, kein Treppen-, Leiter- und Gerüststeigen, kein Heben und Tragen von Lasten von 10-15 kg Gewicht, kein Gehen auf unebenem Gelände sowie keinen ständigen Füsseinsatz durch das Betätigen von Pedalen). In der



angestammten Tätigkeit als Anlagenführer hat sie im Begutachtungszeitpunkt eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert und einen Arbeitsversuch empfohlen. Sie ist dabei irrtümlich davon ausgegangen, dass die Arbeitsstelle des Beschwerdeführers bei der B.____ ungekündigt sei. Ob diese Arbeitsfähigkeitsschätzung überzeugend ist, kann offengelassen werden, da zur Beurteilung des Rentenanspruchs die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten massgebend ist. In adaptierten Tätigkeiten hat die orthopädische Gutachterin im Begutachtungszeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 70-80% attestiert, vollschichtig umsetzbar mit einer Leistungsminderung von 20-30% aufgrund der Restfunktionsstörungen des Kniegelenks und der Schmerzchronifizierung mit einem vermehrten Pausenbedarf und einer Verlangsamung. Dr. E.____ hat dazu am 20. November 2017 festgehalten (IV-act. 171), eine 75%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten erscheine ihm zu hoch. Neue medizinische Befunde hat er nicht angegeben; vielmehr hat er über einen verbesserten Gesundheitszustand berichtet (so auch im Bericht vom 13. November 2017, IV-act. 165). Am 1. Mai 2018 hat er dann mitgeteilt, der Endzustand sei eingetreten; er hat eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Bei den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch Dr. E.____ handelt es sich also nur um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts (respektive hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gar verbessert). Diese sind nicht geeignet, Zweifel an der überzeugenden Arbeitsfähigkeitsschätzung der orthopädischen Gutachterin zu wecken. Dasselbe gilt in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen durch Dr. C.____ am 3. November 2017 (IV-act. 169) und Dr. H.____ am 7. Juli 2018 (IV-act. 182); weder Dr. C.____ noch Dr. H.____ haben neue medizinische Befunde angegeben. In diesem Zusammenhang ist nämlich der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat vorgebracht, die Beurteilungen der Dres. E.____, C.____ und H.____ fänden ihre Bestätigung im Schlussbericht über die berufliche Abklärung vom 9. November 2017. Darin sei dem Versicherten, im Widerspruch zum Bericht der T.____ vom 9. März 2018, ein uneingeschränkter Wille bezüglich einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben bestätigt worden. Soweit der Rechtsvertreter damit geltend machen möchte, die im Gutachten attestierte 70-80%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten sei zu hoch, da der Beschwerdeführer in der beruflichen Abklärung trotz festgestellter Motivation nur zu einer Leistung von 25% fähig gewesen sei, ist festzuhalten, dass mehrere Ärzte eine Selbstlimitierung des Beschwerdeführers festgestellt haben (vgl. die kreisärztliche Untersuchung vom



18. Januar 2018, Fremdakten-act. 111, sowie den Bericht der T.____ vom 9. März 2018, Fremdakten-act. 128; vgl. auch die Beurteilungen des neurologischen Gutachters und der neuropsychologischen Gutachterin). Dies lässt darauf schliessen, dass den Fachpersonen der beruflichen Abklärung die Selbstlimitation des Beschwerdeführers entgangen ist, zumal eine solche auch bewusstseinsfern, also trotz geäusserter Motivation, vorhanden sein kann. Auch der Schlussbericht über die berufliche Abklärung (IV-act. 158) vermag deshalb keine Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten zu wecken. Die Schätzung einer 70-80%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten im Zeitpunkt der Begutachtung ist damit überzeugend. Die empfohlene stufenweise Wiedereingliederung ist nicht als tiefere Arbeitsfähigkeitsschätzung zu qualifizieren, sondern dient der Schonung des Beschwerdeführers, um sich von seiner Selbstlimitierung zu lösen. In der Konsensbeurteilung haben die Gutachter im Vergleich zum orthopädischen Teilgutachten das Tätigkeitsprofil präzisiert und angegeben, dem Beschwerdeführer seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu sitzen, ohne schweres Heben und Tragen von Lasten von 10-15 kg, ohne längere gebückte, kauernde Position, ohne einseitige Zwangshaltungen und ohne Gehen auf unebenem Gelände, Klettern, Leiter-Gerüste-Steigen, zumutbar. Zu ergänzen ist, dass kein ständiger Fusseinsatz durch das Betätigen von Pedalen erfolgen sollte. Auch diese Angaben sind überzeugend. Retrospektiv haben die Sachverständigen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab dem Unfall vom 15. Mai 2013 bis mindestens sechs Wochen nach der Osteosynthesematerialentfernung (Operation vom 10. Mai 2016) attestiert. Anschliessend bzw. spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung haben sie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit angegeben. Eine retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung für adaptierte Tätigkeiten fehlt jedoch im Gutachten. Die RAD-Ärztin Dr. G.____ hat ihre Angabe einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ab dem Unfallzeitpunkt bis Ende Juni 2016 nicht ausreichend begründet (IV-act. 113). Aus der Sicht eines medizinischen Laien scheint nicht ausgeschlossen, dass vor dem Begutachtungszeitpunkt eine relevante Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Erwerbstätigkeit bestanden haben könnte; es liegen zahlreiche medizinische Berichte zum Behandlungs- und Heilungsverlauf vor. Ob die Zusprache der ganzen Rente bis 30. September 2016 zu Recht erfolgt ist, ist damit offen. Die Angelegenheit ist deshalb zur weiteren Abklärung (Ergänzung des Gutachtens) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Rückweisung in diesem Fall zulässig (vgl. BGE 137 V 210, E. 4.4.1.4, laut dem eine Sache zurückgewiesen werden kann, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen



Ausführungen erforderlich ist; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2019, 8C_525/2019, E. 3.3). Mit der Rückweisung wird dem Beschwerdeführer die Möglichkeit gewährleistet, das Ergebnis der ergänzenden Sachverhaltsabklärung durch ein Gericht mit voller Kognition prüfen zu lassen.

3.6. Nach den ergänzenden Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin erneut über den Rentenanspruch verfügen. Sie wird dabei zu berücksichtigen haben, dass gemäss der Praxis des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen Zulagen für Schicht- und Überzeitarbeit nicht zum Valideneinkommen zu zählen sind (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. August 2020, IV 2018/119, E. 4, m.w.H.). Dasselbe gilt in Bezug auf Zulagen für Sonntagsarbeit, da es aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht als irrelevante Zufälligkeit zu betrachten ist, ob eine versicherte Person, die als Hilfsarbeiter erwerbstätig (gewesen) ist, in einem Betrieb, in welchem Sonntagsarbeit hat geleistet werden können, gearbeitet hat. Im Weiteren wird die Beschwerdegegnerin auch zu berücksichtigen haben, dass in Bezug auf die Bemessung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens die verbliebene Arbeitsfähigkeit in *adaptierten* Tätigkeiten massgebend ist, auch wenn der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns bei der B.____ noch in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis gestanden ist. In Bezug auf das Invalideneinkommen ist nämlich eine rein ökonomische Betrachtungsweise erforderlich; aus objektiver Sicht ist es einer versicherten Person daher zumutbar, trotz eines bestehenden Arbeitsverhältnisses eine adaptierte Hilfsarbeit auszuüben, wenn das dabei erzielbare Einkommen höher gewesen wäre als dasjenige am konkreten Arbeitsplatz. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren kann der Einkommensvergleich für die Zeit nach der Begutachtung nicht beurteilt werden, obwohl der Sachverhalt in Bezug auf den verbliebenen Arbeitsfähigkeitsgrad ab dem Begutachtungszeitpunkt rechtsgenügend erstellt ist, da über den Rentenanspruch in einer einzigen Verfügung zu entscheiden ist (vgl. BGE 131 V 164).

4.

4.1. 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.-- erweist sich als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur ergänzenden Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.



4.2. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch wird regelmässig eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zugesprochen. Da es sich bei diesem Beschwerdeverfahren um ein durchschnittlich aufwändiges handelt, hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer also mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Verfügung vom 18. Dezember 2018 wird aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.