

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2021 18

Entscheid vom 17. Mai 2021

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Stefanie Zlauwinen, a.o. Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. ___ 19 __) arbeitete jahrelang als Gipser für die Firma C. _____ (D. _____). Er ist verheirateter Vater von erwachsenen Kindern. Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis am 25. April 2014 per Ende Juli 2014 mit der Begründung "Umstrukturierung" (IV-act. 18-1/8 und 18-8/8). In der am 26. August 2014 eingegangenen IV-Anmeldung umschrieb A. _____ die gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit "Rückenleiden", "akut anfangs Mai 14" (IV-act. 11-6/7). Nach Einholung diverser Arztberichte teilte die IV-Stelle am 4. November 2015 mit, dass eine medizinische Abklärung nötig sei (IV-act. 35). Das E. _____ (E. _____) erstattete am 6. Juni 2016 ein Gutachten, welches auch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit beinhaltet (IV-act. 45). Am 1. Juli 2016 folgte ein operativer Eingriff in der F. _____ (IV-act. 60-8/8, 87-12/13).

B. Mit Vorbescheid vom 17. Januar 2017 kündigte die IV-Stelle an, ab 1. Juni 2015 einen Anspruch auf eine Viertelsrente zu gewähren (IV-act. 52). Dagegen erhob A. _____ am 17. Februar 2017 Einwände und forderte eine ganze IV-Rente (IV-act. 58). Daraufhin teilte die IV-Stelle mit, dass eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung nötig sei (IV-act. 66). Der Begutachtungsauftrag wurde dem G. _____ (H. _____) zugewiesen, was A. _____ bzw. seinem Rechtsvertreter am 9. Oktober 2017 mitgeteilt wurde (vgl. IV-act. 72). Das entsprechende G. _____-Gutachten wurde am 18. Januar 2018 erstattet (Eingang bei der IV-Stelle: 9.2.2018, IV-act. 76). Der RAD-Arzt Dr.med. I. _____ (Allg. Innere Medizin) beurteilte am 1. Mai 2018 das Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig (IV-act. 81). Am 23. Mai 2018 reichte der Rechtsvertreter einen weiteren Arztbericht ein (mit vom Gutachten abweichender Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, IV-act. 83). Am 25. Juni 2018 wurde A. _____ in der F. _____ operiert (Hospitalisation vom 24. bis 28.6.2018, IV-act. 85).

C. Über den weiteren Verlauf berichtete die F. _____ am 10. Januar 2019 (IV-act. 89). Von einem stationären bzw. teilweise verschlechterten Zustand wurde in einem Arztbericht vom 18. März 2019 an die IV-Stelle berichtet (IV-act. 91). Es folgte am 29. April 2019 eine weitere Operation in der F. _____ (IV-act. 99). Der RAD-Arzt Dr.med. J. _____ empfahl am 29. Juli 2019, den weiteren Verlauf abzuwarten bis ca. September /Oktober 2019 und dann eine Verlaufsbeurteilung in Betracht zu ziehen (IV-act. 101-11/11). Die Durchführung einer weiteren interdisziplinären Begutachtung durch die gleiche Gutachterstelle wurde am 9. September 2019 mitgeteilt (IV-act. 107). Dieses G. _____-Gutachten wurde am 12. Februar 2020 fertiggestellt und ging am 2. April 2020 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 120). Zum Beweiswert dieses Gutachtens nahm der RAD-Arzt

Dr.med. J._____ am 9. April 2020 Stellung (IV-act. 122). Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 14. April 2020 an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 124). Dagegen liess A._____ mit Eingabe vom 3. Juli 2020 Einwände erheben (IV-act. 130) und in einem Schreiben vom 13. November 2020 darauf hinweisen, dass weitere Abklärungen bei der K._____ vorgesehen seien (IV-act. 135). Am 13. Januar 2021 ging bei der IV-Stelle ein Bericht von Dr.med. L._____ (M._____) vom 7. Januar 2021 ein, in welchem der Verfasser sich zum zweiten G._____ -Gutachten äusserte (IV-act. 138). Dazu nahm der RAD-Arzt Dr.med. J._____ am 28. Januar 2021 Stellung (IV-act. 140).

D. Am 2. Februar 2021 verfügte die IV-Stelle, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 142). Gegen diese am 5. Februar 2021 eingegangene Verfügung liess A._____ rechtzeitig am 1. März 2021 beim Verwaltungsgericht Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 12. November 2020 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei mit Wirkung ab Juni 2015 eine ganze Invalidenrente auszurichten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

E. Mit Vernehmlassung vom 12. April 2021 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG:

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

1.2 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades 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 (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

1.3 Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

1.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

1.5.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

1.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu *beschreiben*, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE

105 V 156 Erw. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

1.5.5 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 676/05 vom 13.3.2006 Erw. 2.4 mit Verweis auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.).

1.6 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 Erw. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 Erw. 6 S. 426f.). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 Erw. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 141 V 281 Erw. 6; 8C_260/2017 vom 1.12.2017 Erw. 4.2.4).

Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über

die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (vgl. zit. Urteil 8C_821/2018 vom 18.6.2019 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 143 V 418 Erw. 6 und auch BGE 144 V 50 Erw. 4.3).

1.7 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. A. Rz. 153; Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

2. Aus den vorliegenden Akten sind u.a. die nachfolgend angeführten Angaben zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten zu entnehmen.

2.1 Die Kündigung des Versicherten als langjähriger Gipser bei der Firma C._____ erfolgte am 25. April 2014; dass er in diesem Zeitpunkt arbeitsunfähig war, ist den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen (IV-act. 18-8/8). Den Beginn der Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenbeschwerden datierte der Hausarzt Dr.med. N._____ per 7. Juni 2014 (IV-act. 6). Dr.med. O._____ (Rheumatologie und Physikalische Medizin FMH, P._____) berichtete erstmals am 12. Juni 2014 über eine Behandlung des Versicherten und nahm am 21. Juni 2015 eine epidurale Infiltration (Sakralblock) vor (vgl. IV-act. 7). Am 18. September 2014 berichtete Dr.med. O._____ dem Hausarzt von einer Therapieresistenz und verwies auf das MRI vom 3. Juni 2014, wonach eine Diskushernie L4/L5 und eine erosive Osteochondrose L5/S1 festgestellt worden seien. Sodann habe er bei der nochmaligen Untersuchung vom 28. August 2014 auch positive Waddellzeichen festgestellt, weshalb eine funktionelle Überlagerung bei sozialer Problematik nicht auszuschliessen sei (KV-act. 1-2/10).

2.2 Im Auftrage des Vertrauensärztlichen Dienstes der Q._____ wurde der Versicherte am 26. Februar 2015 von Dr.med. R._____ (Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin) untersucht. Im entsprechenden Gutachten vom 4. März 2015 wurde folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. KV-act. 4-7/10):

- Chronisches lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei
- Intermittierend wahrscheinlich lumboradikulärem Schmerzsyndrom
 - Aktuell Klinik des Facettensyndroms und Verdacht auf LRS S1 rechts
 - Erosiver Osteochondrose L5/S1, aktivierter Spondylarthrose L5/S1 (MRI 6.14)

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich dieser Gutachter dahingehend, dass die angestammte Tätigkeit als Gipser wegen der aufgeführten und gewürdigten Befunden nicht mehr zumutbar sei. In einer körperlich leichten bis höchstens mittelschweren und wechselbelastenden Tätigkeit sollte nach Etablieren einer medikamentösen Schmerztherapie und aktiver physiotherapeutischer Rehabilitation eine sukzessive Eingliederung in den Arbeitsprozess im Verlaufe von zwei bis drei Monaten möglich sein. Im Zweifelsfall sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen (zwecks differenzierter Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit, vgl. KV-act. 4-8ff./10).

2.3 Der Hausarzt Dr.med. N._____ stellte in seinem Bericht vom 11. März 2015 an die IV-Stelle die Hauptdiagnose eines chronischen rezidivierenden, belastungsabhängigen lumbospondylogenen Syndroms. Die durchgeführten Behandlungen (epidurale Infiltration L3/5, Sacralblock, physiotherapeutische Massnahmen) hätten keine anhaltende Besserung bewirkt. Wegen Therapieresistenz sei ein interdisziplinäres Konsilium angeregt worden. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit wegen der Rückenbeschwerden verwies der Hausarzt auf die Einschätzung des Rheumatologen Dr.med. O._____. Im Übrigen empfahl er aufgrund der besonderen Begleitumstände (Stellenverlust, Migrationshintergrund, Suizid in der Familie) eine entsprechende psychologische/psychiatrische bzw. psychosomatische Abklärung (IV-act. 25-2ff./42).

2.4 Per 1. Juli 2015 meldete sich der Versicherte bei der Arbeitslosenversicherung an, worauf ihm eine Arbeitslosenentschädigung von Fr. 4'156.-- ausbezahlt wurde (mit Auslaufen des Taggeldanspruches per 24.4.2017, vgl. Fremdakten 9-2/4 unten).

2.5 In einem Verlaufsbericht vom 14. September 2015 an die IV-Stelle verwies Dr.med. O._____ auf die Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms bei degenerativen Veränderungen sowie auf eine PHS tendopathica. Die angestammte Tätigkeit als Gipser sei nicht mehr zumutbar (100% arbeitsunfähig), derweil für eine leichte Tätigkeit zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit bestehen sollte (IV-act. 31-3/9).

2.6 Dr.med. S._____ (Leitender Arzt Manuelle Medizin/ T._____) umschrieb in seinem Bericht vom 22. Oktober 2015 an die IV-Stelle die massgebende Diagnose wie folgt: Hartnäckiges, z.T. invalidisierendes lumbovertebrales bis spondylogenes Schmerzsyndrom rechtsseitig (mit Osteochondrosen L4/5, L5/S1 mit Alteration der Endplatten und Shiny Corner ähnliche Veränderungen). Aktuell erachtete er den Versicherten als vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 33).

2.7 Am 17./18. Dezember 2015 wurde der Versicherte im E._____ AG (E._____) untersucht sowie zusätzlich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführt (mit nochmaliger Untersuchung am 4.3.2016). Im entsprechenden Gutachten vom 6. Juni 2016 stellten med.pract. U._____ (Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin/ zert.med. Gutachterin SIM) sowie PD Dr.med. V._____ (FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation/ Rheumatologie/ zert.med. Gutachter SIM) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 45-9/21):

- Chronisches unspezifisches Rückenschmerzsyndrom bei Muskelinsuffizienz mit/bei
- Fortgeschrittener Osteochondrose L5/S1 mit aktiver Spondylarthrose L5/S1 Osteochondrose L4/5
 - Bandscheibendegeneration mit Bandscheibenvorfall in den Segmenten L4/5 und L5/S1
 - Status nach Wurzelirritation L5 und S1 rechts
- Impingementsyndrom rechts Schultergelenk mit/bei
- Verdacht auf Infraspinatus- und Supraspinatusimpingement, gegebenenfalls Ruptur
 - Verdacht auf Omarthrose

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden u.a. ein dysfunktionales Krankheitsverhalten, eine allgemeine Dekonditionierung mit fraglicher muskulärer Schwäche der Extremitäten und Rumpfmuskulatur (Untergewicht bei raschem Verlust des Körpergewichts unklarer Genese) sowie eine degenerative Erkrankung der HWS mit ausgeprägter Bewegungseinschränkung aufgelistet (IV-act. 45-9/21 oben).

Diese Sachverständigen hielten in der Beurteilung u.a. was folgt fest (IV-act. 45-9f./21):

Das arbeitsbezogene relevante Problem besteht in einer schmerzhaft verminderten Belastungstoleranz der Lendenwirbelsäule bei sämtlichen Tätigkeiten und Bewegungen.

Die Leistungsbereitschaft des Klienten beurteilen wir als nicht zuverlässig. Die Beobachtungen bei den Tests weisen auf eine deutliche Selbstlimitierung. Die Konsistenz bei den Tests war schlecht. Die demonstrierte Belastbarkeit ist nur minimal.

Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz sind die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nicht verwertbar. Es ist davon auszugehen, dass der Klient bei gutem Effort mehr leisten könnte, als was er bei den Leistungstests zeigte. (...)

Die angestammte Tätigkeit als Gipser ist aufgrund der erhobenen Anforderungen erheblich eingeschränkt. (...) daraus ergibt sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100% (...).

Eine angepasste wechselpositionierende leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit zusätzlichen Pausen 2.5 Stunden, um die Kumulation der Beschwerden vorzubeugen, bzw. zu lindern durch Lockerung der Muskulatur, wäre dem Versicherten ganztags zumutbar. In dieser zeitlichen Limitierung ist auch die Leistungsminde- rung berücksichtigt. Das ergibt eine 75%-ige Arbeitsfähigkeit und 25%ige Arbeits- unfähigkeit. (..)

2.8.1 Daraufhin kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 17. Januar 2017 an, ab 1. Juni 2015 eine Viertelsrente zu gewähren (IV-act. 52), was vom Versicherten mit Einwänden vom 17. Februar 2017 dahingehend abgelehnt wurde, dass ihm ab Juni 2015 eine ganze IV-Rente zustehe (IV-act. 58). Dieser Standpunkt wurde u.a. mit nachgereichten Arztberichten begründet, dass (sinngemäss) ein Aufenthalt in der W._____ (28.4.2016 - 11.5.2016) keine Reduktion der lumbospondylogenen Schmerzen ergeben habe (IV-act. 58-17f./31), analog auch die transforaminale lumbale Intervertebral-Fusion L4/5 und L5/S1 vom 1. Juli 2016 durch Dr.med. X._____ (Praxis für Wirbelsäulenchirurgie, Y._____ = IV-act. 58-23/31), die Behandlung durch Dr.med. O._____ (gemäss Berichten vom 24. Mai 2016 und 13. Februar 2017 = IV-act. 58-25f./31, wonach Dr.med. O._____ die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auf 50% veranschlagte, allerdings ein dysfunktionales Krankheitsverhalten und eine Selbstlimitierung bestätigte) und von Dr.med. Z._____ (Neurologie FMH, AA._____) vom 3. Oktober 2016 (= IV-act. 58-27f./31). Im zuletzt erwähnten Bericht fasste diese Neurologin ihre Beurteilung wie folgt zusammen (58-28/31 unten):

Der Patient stellt sich zur neurologischen Abklärung therapieresistenter chronischer Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein vor. Die beschriebenen Schmerzen haben einen neuropathischen Schmerzcharakter, sicherlich liegt zumindest teilweise eine radikuläre Komponente mit Ausstrahlung ins Dermatom L5 vor. Im klinisch neurologischen Untersuchungsbefund finden sich aktuell jedoch keine Hinweise für ein radikuläres Syndrom mit sensomotorischen Defiziten passend zu einer Nervenwurzelaffektion. Es fallen jedoch deutliche Aggravationstendenzen auf, ob bewusstseinsnah oder bewusstseinsfern bleibt offen. (...)

2.8.2 Zu diesen neuen Unterlagen äusserte sich die RAD-Ärztin AB._____ am 23. März 2017 bzw. 7. April 2017 zusammenfassend u.a. dahingehend, dass eine Arbeitsfähigkeit von 50% für leidensangepasste Tätigkeit vertretbar sei ("i.O."). Zudem empfahl sie: "Erst CT im kommenden Juli, bzw. ev. Metall-Entf. abwarten. Falls dann sinnvoll MEDAS GA" (vgl. IV-act. 60-7/8).

2.9.1 Der RAD-Arzt AC._____ (Facharzt Allg. Innere Medizin) wies in seiner Stellungnahme vom 17. August 2017 auf aktenkundige Aggravationstendenzen hin und empfahl die Durchführung einer MEDAS-Begutachtung (in 4 Disziplinen) mit Klärung des zumutbaren ergonomischen Profils und der Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Verlauf (IV-act. 65-7/7). Hinsichtlich der ausgelosten Gutachterstelle (G._____, nachfolgend G._____, H._____) wirkten folgende Sachverständige mit (IV-act. 76-2/114):

- Dr.med. AD._____, Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie (mit Untersuchung vom 22.11.2017 und Teilgutachten vom 23.11.2017);

- Dr.med. AE. _____, Innere Medizin FMH (mit Untersuchung vom 22.11.2017 und Teilgutachten vom 8.12.2017);
- Dr.med. AF. _____, Orthopädie FMH/ zert. med. Gutachter SIM (mit Untersuchung vom 22.11.2017 und Teilgutachten vom 27.12.20);
- Dr.med. AG. _____, Neurologie FHM/ zert. med. Gutachterin SIM (mit Untersuchung vom 7.12.2017 und Teilgutachten vom 16.1.2028).

2.9.2 Diese Gutachter stellten im am 18. Januar 2018 fertiggestellten Gutachten, welches am 9. Februar 2018 bei der IV-Stelle einging (IV-act. 76-1/114), im polydisziplinären Konsens folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 76-58/115, Ziff. 13.1):

Lumboischialgie rechts bei Status nach transforaminaler lumbaler Intervertebralfusion L4-S1 7/2016 mit Cage-Interponat und Tangieren der Nervenwurzel L5 rechts sowie osteogen bedingter neuroforaminaler Enge L5/S1 rechts mit Tangieren der Nervenwurzel L5 rechts mit allenfalls diskreter sensomotorisch radikulärer sensibel betonter Schmerzausstrahlung L5/S1 rechts.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein Nikotinabusus (24 pack years) COPD Stadium I, Stammvarikosis der Vena saphena magna beidseits und Untergewicht aufgelistet (IV-act. 76-59/114 oben).

2.9.3 Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gipser (körperlich schwer, vorwiegend stehend und gehend, mit häufig inklinierten, reklinierten und rotierten Körperhaltungen) wurde seit November 2016 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz auf lediglich 25% (Arbeitsunfähigkeit 75%) und zuvor ab Juli 2016 auf 0% veranschlagt (IV-act. 76-59/114 Ziff. 14.1).

Was die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit anbelangt, führten die Gutachter was folgt aus (IV-act. 76-59/114 Ziff. 14.2):

Körperlich sehr leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, können ab 11./2016 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 90% (Arbeitsunfähigkeit 10%) zugemutet werden. Vorangehend bestand ab 7/2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 0%) gesamthaft bei voller Stundenpräsenz im Rahmen der postoperativen Rehabilitation.

Die Frage nach einer beruflichen Eingliederungsfähigkeit beantworteten die Gutachter dahingehend, dass die veranschlagte Arbeitsfähigkeit (für adaptierte Tätigkeiten) seit November 2016 bestehe und theoretisch einer sofortigen beruflichen Eingliederung aus medizinischer Sicht nichts entgegenstünde, indes bei mangelnder Motivation des Versicherten Wiedereingliederungsbemühungen nutzlos seien (IV-act. 76-59/114 unten).

2.10.1 Der RAD-Arzt Dr.med. I. _____ (Allg. Innere Medizin) nahm in seiner Stellungnahme vom 1. Mai 2018 eine Würdigung des G. _____-Gutachtens vor. Dabei beurteilte er das Gesamtergebnis als nachvollziehbar und schlüssig. Namentlich pflichtete er der Erkenntnis der Gutachter bei, wonach dem Versicherten für angepasste Tätigkeiten ab November 2016 bei "voller Stundenpräsenz" eine Leistungsminderung von 10% zuzugestehen sei, was faktisch einer Arbeitsfähigkeit von 90% (für adaptierte Tätigkeiten) entspricht. Sodann bejahte er die Fragestellung, dass eine sofortige Wiedereingliederung (für leidensangepasste Arbeiten) möglich bzw. zumutbar sei, derweil eine Eingliederung in der angestammten Tätigkeit als Gipser als nicht sinnvoll beurteilt wurde (IV-act. 81).

2.10.2 Dr.med. O. _____ nahm im Auftrage des Rechtsvertreters des Versicherten mit Schreiben vom 15. Mai 2018 u.a. dahingehend zum G. _____-Gutachten Stellung, dass sinngemäss eine Restarbeitsfähigkeit des Versicherten als Gipser von 25% nicht nachvollzogen werden könne. Hinsichtlich der von den G. _____-Gutachtern veranschlagten Arbeitsfähigkeit von 90% für adaptierte Tätigkeiten erwähnte Dr.med. O. _____, dass er "im Moment wenigstens" diese Einschätzung als unrealistisch erachte. Nach seiner Einschätzung sehe er den Versicherten "für eine adaptierte Tätigkeit im Bereiche von 50%, mit möglicher Steigerung im Laufe der Zeit, abhängig vom Verlauf" (IV-act. 83-2/2).

2.11 Am 27. Juni 2018 attestierte PD Dr.med. AH. _____ (F. _____ Y. _____ / Al. _____) für rund 2 Wochen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (bis 7.8.2018) unter Hinweis auf die am 25. Juni 2018 durchgeführte Operation (Redekompression der Nervenwurzeln L4 und L5; vgl. IV-act. 85ff.). Der RAD-Arzt Dr.med. J. _____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) schätzte, dass (sinngemäss) nach einer 3-monatigen Rehabilitationsphase nach der Operation mit einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gerechnet werden könne, wie sie im G. _____-Gutachten beurteilt worden sei (IV-act. 86-9/9).

Sechs Wochen nach der Operation berichtete der Versicherte immer noch über sehr starke Schmerzen (IV-act. 87-9/13). Nachdem der Versicherte am 9. Januar 2019 weiterhin Schmerzen beklagte, erwog PD Dr.med. AH. _____ gemäss Bericht vom 10. Januar 2019 eine Nervenwurzelinfiltration L5 und S1 beidseits (IV-act. 89), welche am 22. Januar 2019 stattfand (IV-act. 90).

Im Verlaufsbericht vom 18. März 2019 erwähnte Dr.med. O. _____ einen stationären bzw. teilweise verschlechterten Gesundheitszustand. Seit Behandlungsbeginn sei es nie zu einer Besserung der Beschwerden (ausgenommen vorübergehend während eines Monats nach der ersten Operation) gekommen; im Ver-

lauf habe jede Massnahme lediglich zu einer Schmerzzunahme geführt, auch die interventionellen Schmerzbehandlungen, "was wir jedoch nicht nachvollziehen können". Auf die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit antwortete dieser Arzt: "unverändert 100%?" (IV-act. 91-1/22).

2.12 Im Verlaufsbericht vom 17. April 2019 an die IV-Stelle kündigte Dr.med. O._____ eine weitere Operation an (Dekomprimieren der Nervenwurzeln unterhalb der vorbestehenden Konstruktion), was eine Hospitalisation von 3-4 Tagen erfordere. Nach einer Rehabilitation mit Physiotherapie sollte der Versicherte "rasch wieder in den Arbeitsprozess reintegriert werden" (IV-act. 95-1f./4). Diese Operation erfolgte am 29. April 2019 (IV-act. 96, 99). Bei der klinischen Untersuchung vom 12. Juni 2019 zeigte sich weiterhin eine schwere Druckempfindlichkeit paravertebral sakral und entlang den Dermatomen L4 und L5 beidseits; der Gang des Versicherten wurde mit "sehr spastisch und schmerzgeplagt" umschrieben (IV-act. 100-2/2). Am 29. Juli 2019 empfahl der RAD-Arzt Dr.med. J._____ noch etwas zuzuwarten und dann eine Verlaufsbeurteilung in Betracht zu ziehen (IV-act. 101-11/11). Dr.med. O._____ machte in einem Schreiben vom 13. August 2019 an den Rechtsvertreter des Versicherten geltend, es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und eine Re-Integration in den Arbeitsprozess sei aufgrund des Verlaufs nicht mehr möglich (IV-act. 105).

2.13.1 In der Folge wurde auf Anraten des RAD-Arztes Dr.med. J._____ eine Verlaufsbeurteilung bei der gleichen Gutachterstelle (G._____) in Auftrag gegeben (IV-act. 106-12/12; 107). Es beteiligten sich die gleichen Gutachter wie bei der ersten G._____-Beurteilung (mit Ausnahme bei der neurologischen Abklärung, welche neu durch Dr.med. AJ._____, Neurologie FMH, durchgeführt wurde, IV-act. 110, i.V.m. IV-act. 113). Zudem wurde eine EFL-Abklärung durch Dr.med. AF._____ vorgenommen (IV-act. 119). Dem zweiten G._____-Gutachten vom 2. April 2020 (= Eingangsdatum bei der IV-Stelle) sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (IV-act. 120-32/97):

Pseudolumboischialgie beidseits bei Status nach transforaminaler lumbaler Intervertebralfusion L4 bis S1 07/2016, mikrochirurgischer Redekompression der Nervenwurzel L4 und L5 mit Unterschneidung der Neuroforamen L4/5 und L5/S1 beidseits 06/2018, erneuter mikrochirurgischer Dekompression der Nervenwurzel L5 beidseits sowie S1 und Restabilisation L3 bis 5 04/2019 und mässiger Spondylarthrose L3/4 beidseits.

Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit allenfalls einer leichtgradigen chronischen Radikulopathie L4/L5 rechts

- Status nach transforaminaler lumbaler Intervertebralfusion L4/5 und L5/S1 mit Wiederherstellung der foraminalen Höhe (fecit Dr. Z. Fekete am 01.07.2016);

- Status nach L5 Nervenwurzel-Re-Dekompression bds., L4 Nervenwurzel-Re-Dekompression bds (fecit Dr. AH. _____ am 25.06.2018);
- Status nach S1 Nervenwurzel Dekompression (distal des untersten Bandscheibenfachs S1/S2 oder L5/S1), L3-L5 Entfernung der Stangen bds., L3-L5 bds. Re-Stabilisation mit Stangen (fecit Dr. AH. _____ am 29.04.2019);
- MRT der LWS vom 06.01.2020: Geringe bilaterale, suprafusionelle Spondylarthrosen im Segment L1-L3 bds. Keine lumbale Diskushernie mit Neurokompression, regelrechte postoperative Verhältnisse im Bereich der Spondylodese L3-S1.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden im psychiatrischen Teilgutachten eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) aufgeführt (vgl. IV-act. 120-81/97).

2.13.2 Hinsichtlich der Gesamtarbeits(un)fähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Gipser gelangten die Gutachter aufgrund der objektivierbaren Befunde und der durchgeführten Behandlungen zu einer Arbeits(un)fähigkeitsgrad von 50% (bei der ersten G. _____-Begutachtung war diesbezüglich eine Arbeitsunfähigkeit von 75% attestiert worden). Für leidensangepasste Tätigkeiten nahmen die Gutachter im 2. G. _____-Gutachten folgende Beurteilung vor (IV-act. 120-33/97):

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechseln sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, können ab 11/2018 und von 09/2019 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 100% (Arbeitsunfähigkeit 0%) zugemutet werden. Während den viermonatigen postoperativen Rehabilitationen ab 06/2018 und 04/2019 bestand jeweils eine 100% Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit 0%) gesamthaft bei voller Stundenpräsenz auch für adaptierte Tätigkeiten.

In dieser Einschätzung wurde insbesondere auch das Ergebnis der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit einbezogen, welches eine erhebliche Symptomausweitung und Selbstlimitierung/Inkonsistenzen beinhaltet. Die Resultate der physischen Leistungstests waren für die Beurteilung der zumutbaren Belastung kaum verwertbar, weshalb der Sachverständige davon ausging, dass der Versicherte bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbringen können. Deswegen wurde die Beurteilung der Zumutbarkeit primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen unter Berücksichtigung der Beobachtungen und Leistungstests vorgenommen (vgl. IV-act. 120-25/97 Ziff. 7.3 2. Abs. i.V.m. IV-act. 120-26/97 Ziff. 8 und IV-act. 120-38ff./97).

2.14.1 Im Kurzbericht vom 15. Juni 2020 erwähnte Dr.med. O. _____, dass eine aktuelle neurologische Abklärung bei Dr. AK. _____ in AL. _____ "überraschenderweise unklare Pyramidenbahnstörungen ergeben" habe, welche von der HWS bzw. BWS ausgehen könnten, nebst einer chronischen residuellen

Nervenwurzelschädigung L5 rechts. Deswegen seien MRI-Untersuchungen im Bereiche der HWS und BWS nötig geworden. Zudem sei vorgesehen, in der AM._____ eine Zweitmeinung einzuholen (IV-act. 131-1/6 i.V.m. IV-act. 131-5f./6). Eine CT-Abklärung der LWS vom 14. August 2020 zeigte bezüglich der Spondylodese L4-S1 "keine Lockerung des Implantatmaterials sowie eine durchbaute Situation". Im MRI konnte keine Erklärung für die Schmerzursache gesehen werden. Auch neurophysiologisch wurde eine Nervenschädigung ausgeschlossen. Bei dieser Sachlage könne eine Operation die Schmerzen nicht verbessern (IV-act. 138-7/18). Des Weiteren bescheinigte Dr.med. AN._____ (Chefarzt K._____) am 12. November 2020 gegenüber dem Rechtsvertreter des Versicherten, dass noch ein Aktengutachten erstellt werde (IV-act. 135-2/2).

2.14.2 Dr.med. AH._____ hatte den Versicherten am 3. November 2020 während der Sprechstunde gesehen und in seinem Bericht vom 4. November 2020 an Dr.med. AO._____ (zwischenzeitlich Hausarzt des Versicherten) u.a. ausgeführt, dass in den vergangenen 18 Monaten mit verschiedenen Massnahmen (v.a. Infiltrationen) versucht worden sei, eine Besserung der Schmerzen zu erzielen, was jedoch höchstens vorübergehend gelungen sei. In den vergangenen 12 Jahren habe der Versicherte verschiedene Schmerztherapeuten konsultiert, welche alle ein weiteres schmerztherapeutisches Vorgehen empfohlen hätten. Eine Operation komme in diesem Zustand nicht in Frage. Eine Re-Integration in den Arbeitsprozess sei ebenfalls nicht möglich. Er sei überzeugt, dass dem Versicherten mit dieser Schmerzproblematik eine Re-Integrationsmassnahme nicht zugemutet werden könne und der Versicherte deshalb weiterhin 100% arbeitsunfähig sei (IV-act. 136-2/2).

2.14.3 Dr.med. L._____ (MBA, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates/ zert. med. Gutachter SIM) erstattete am 7. Januar 2021 dem Rechtsvertreter des Versicherten ein Gutachten ("Aktengutachten"), welches am 13. Januar 2021 bei der IV-Stelle einging (IV-act. 138). Er stellte die Diagnose eines schweren residuellen Schmerzsyndroms im Bereich des lumbosakralen Überganges und auch in den Beinen (mit den bereits bekannten bzw. oben angeführten Details). Zudem erwähnte er eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4, vgl. IV-act. 138-12/18 oben).

Seine Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Versicherten fasst Dr.med. L._____ unter Ziffer 9 seines (Akten)Gutachtens wie folgt zusammen (IV-act. 138-14f./18):

(...) Der Versicherte stuft sich selbst als vollständig arbeitsunfähig ein und gemäss Aktenlage bestehe kaum eine Motivation, die Situation hinsichtlich Arbeitsfähigkeit

zu verändern. Aufgrund des beschriebenen Verhaltens des Versicherten muss eine Symptomausweitung oder gar eine Aggravation als sekundärer Krankheitsgewinn zur Erklärung seiner sozialen Situation (finanzielle Probleme, Verlust des Arbeitsplatzes...) angenommen werden.

Aus Sicht des Aktengutachters ist die Arbeitsfähigkeit in der bis 2015 ausgeübten Tätigkeit als Gipser nicht mehr gegeben (Arbeitsunfähigkeit 100%).

Für körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen ohne Heben von Lasten über 5 kg ist eine über den Arbeitstag verteilte Arbeitsfähigkeit von 50% zumutbar (beispielsweise 2 Stunden am Vormittag und 2 Stunden am Nachmittag).

Des Weiteren begründet Dr.med. L. _____ seine divergierende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gegenüber dem (2.) G. _____-Gutachten v.a. damit, dass der 58-jährige Versicherte mit 174 cm Körpergrösse und 58 kg deutlich untergewichtig sei. Im G. _____-Gutachten vom 12. Februar 2020 werde bei der funktionellen Befunderhebung (S.13) "allgemein wenig Muskelmasse, jedoch keine links-rechts Unterschiede festzustellen" beschrieben. Dies lasse den Schluss zu, dass sowohl die Haltermuskulatur der Wirbelsäule wie die sekundäre Muskulatur insuffizient seien. Dieser Umstand führe zu einer verminderten Belastbarkeit, was sich nicht nur auf die bisherige Tätigkeit, sondern auch für leidensadaptierte Tätigkeiten (längeres Sitzen, Stehen oder Gehen) auswirke (IV-act. 138-15/18).

3. Eine gerichtliche Würdigung der vorliegenden medizinischen Akten führt zu den nachfolgend dargelegten Ergebnissen.

3.1 Als Ausgangslage ist festzuhalten, dass der Versicherte mehrfach und umfassend medizinisch abgeklärt wurde, namentlich liegen im Verlauf zwei interdisziplinäre medizinische Gutachten vor, wobei das zweite G. _____-Gutachten vom 2. April 2020 nicht lange zurückliegt. Diese beiden G. _____-Gutachten wurden grundsätzlich lege artis erstellt. Das zweite G. _____-Gutachten, welches hier im Vordergrund steht, basiert auf allseitigen Untersuchungen aus orthopädischer, internistischer, neurologischer und psychiatrischer Fachrichtung mit Zusatzuntersuchungen (wie Röntgenuntersuchungen/ CT der LWS/ Laboruntersuchungen/ elektromyographischer Untersuchung sowie EFL-Abklärung). Dieses Gutachten stützt sich auf das vorinstanzliche Aktendossier, enthält einen Auszug der massgebenden Berichte und ist mithin in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden. Die im Rahmen der zweiten G. _____-Begutachtung festgestellten Befunde sowie die daraus von den Gutachtern hergeleiteten Diagnosen sind hier nicht in Frage zu stellen. Dies gilt erst recht, als die somatischen Diagnosen im zweiten G. _____-Gutachten einerseits (siehe oben Erw. 2.13.1) sowie im vom Beschwerdeführer nachgereichten Gutachten des Orthopäden Dr.med. L. _____ andererseits (Erw. 2.14.3 bzw. IV-act. 138-

11f./18) sich grundsätzlich nicht wesentlich unterscheiden. Soweit der vom Versicherten beigezogene Orthopäde in seinen Diagnosen noch eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) anführt, decken sich diese Diagnosen an sich mit den Ausführungen des psychiatrischen Teilgutachters im zweiten G. _____-Gutachten (siehe vorne Erw. 2.13.1 in fine und IV-act. 120-81/97 und 120-90/97 oben), allerdings hat letzterer diesen psychiatrischen Diagnosen keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Wirkung beigemessen (vgl. IV-act. 120-89/97), was er im psychiatrischen Teilgutachten unter Ziff. 7.4 nachvollziehbar mit den weiterhin vorhandenen Ressourcen sowie der fehlenden Motivation des Versicherten begründet hat.

3.2.1 Hinsichtlich des vom Versicherten beigezogenen Orthopäden und dessen Gutachten vom 7. Januar 2021 (mit der Überschrift "Aktengutachten") fällt auf, dass unter Ziffer 1.3 (verwendete Quellen) ausgeführt wird: "Wir stützen unser Gutachten auf die von Ihnen zur Verfügung gestellten Unterlagen, *unsere eigene Befragung und Untersuchung des Versicherten sowie laborchemische und bildgebende Zusatzbefunde*" (vgl. IV-act. 138-1/18, Kursivdruck nicht im Original). Hingegen im Abschnitt Befunde (Ziff.4) wurde jeweils ausgeführt: "entfällt" (vgl. IV-act. 138-11/18), woraus abzuleiten ist, dass dieser Sachverständige den Versicherten - entgegen seiner Darstellung unter Ziffer 1.3 des Gutachtens - nicht selber untersucht hat und auch keine Zusatzbefunde eingeholt hat. Dies deckt sich auch mit der Schlussfolgerung am Ende des (Akten)Gutachtens: "Aufgrund dieses aktenmässig festgestellten Sachverhaltes kommt der *Aktengutachter* zu einer reduzierten Arbeitsfähigkeit gegenüber dem Gutachten des G. _____ vom 12.02.2020" (IV-act. 138-15/18, Kursivdruck nicht im Original). Seine Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Versicherten wurde bereits in Erwägung 2.14.3 festgehalten (siehe oben). Einleuchtend ist die Beurteilung (dieses Orthopäden), wonach die körperlich anstrengende Tätigkeit als Gipser dem nun ___-jährigen Versicherten grundsätzlich nicht mehr länger zumutbar ist. Für dieses Ergebnis sprechen auch die aktenkundigen Einschätzungen der folgenden Ärzte:

- Dr.med. R. _____ (Vertrauensarzt der CSS, gemäss Erw. 2.2);
- Dr.med. O. _____ (als behandelnder Rheumatologe, gemäss Erw. 2.5, Erw. 2.8.1 bzw. IV-act. 58-26/31; Erw. 2.10.2);
- Dres. V. _____ / U. _____ (gemäss Erw. 2.7 = E. _____-Gutachten);
- RAD-Arzt Dr.med. I. _____ (gemäss Erw. 2.10.1 bzw. IV-act. 81-2/2 Ziff. 3.4: "eine Eingliederung in der angestammten Tätigkeit als Gipser erscheint bei einem restlichen Leistungsvermögen von nur 25% und einigen Ausschlüssen von neurologischer Seite nicht sinnvoll").

Dementsprechend vermag die im zweiten G. _____-Gutachten enthaltene Einschätzung einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50% im angestammten Bereich als Gipser nicht zu überzeugen, zumal nicht substantiiert begründet wurde, inwiefern die gemäss erstem G. _____-Gutachten verbliebene Restarbeitsfähigkeit von noch 25% im angestammten Bereich im Vergleich zum zweiten Gutachten (zumutbarerweise) auf eine Arbeitsfähigkeit von zwischenzeitlich 50% habe verdoppelt werden können.

Ob allenfalls eine Restarbeitsfähigkeit von noch 25% in der angestammten Tätigkeit, wie dies im ersten G. _____-Gutachten angenommen wurde, insgesamt noch (knapp) vertretbar wäre, kann hier schliesslich offen bleiben, weil für die strittige Frage eines Rentenanspruchs letztlich ausschlaggebend ist, wie die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit zu beurteilen ist (vgl. nachfolgend, sowie Urteil des Bundesgerichts 9C_672/2019 Erw. 7.2.2). Abgesehen davon ist festzuhalten, dass in der vorinstanzlichen Vernehmung (S. 3, Ziff. 5) ausdrücklich anerkannt wurde, dass die angestammte Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar ist.

3.2.2 Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer *leidensangepassten* Tätigkeit anbelangt, wird im zweiten G. _____-Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 100% postuliert, derweil der vom Versicherte beigezogene Dr.med. L. _____ eine Arbeitsfähigkeit von 50% veranschlagt hat. In dieser Bandbreite einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50% bis 100% (für adaptierte Tätigkeiten) sind folgende Einschätzungen der involvierten Ärzte einzubeziehen. Während der behandelnde Rheumatologe Dr.med. O. _____ eine Teilarbeitsfähigkeit bejahte (vgl. Erw. 2.5), welche er am 13. Februar 2017 auf 50% veranschlagte, gleichzeitig aber auch das Vorliegen einer Selbstlimitierung des Versicherten bestätigte (vgl. Erw. 2.8.1 bzw. IV-act. 58-26/31), wurde im E. _____-Gutachten vom 6. Juni 2016 für angepasste Arbeiten eine Arbeitsfähigkeit von 75% postuliert (Erw. 2.7). Demgegenüber erachtete die RAD-Ärztin AB. _____ am 23. März 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 50% "behinderungsangepasst i.O.", um aber diese Einschätzung durch den Verweis auf eine nochmalige MEDAS-Begutachtung zu relativieren (IV-act. 60-7/8). Sodann wurde im 1. G. _____-Gutachten vom 18. Januar 2018 ab November 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 90% (bzw. bei einem Vollzeitpensum eine Leistungseinbusse von 10%) veranschlagt (zuvor 0% Arbeitsfähigkeit von Juli bis Okt. 2016, vgl. Erw. 2.9.3), während im zweiten G. _____-Gutachten für angepasste Arbeiten keine Einschränkung mehr in die Beurteilung einbezogen wurde. Weshalb aber die ursprünglich von den G. _____-Gutachtern zugestandene Einschränkung für angepasste Tätigkeiten nicht mehr zu berücksichtigen sei, wurde im zweiten in-

terdisziplinären Gutachten nicht substantiiert thematisiert. Eine im Vergleich zum ersten G. _____-Gutachten restriktivere Beurteilung der Zumutbarkeit von leidensangepassten Tätigkeiten, welche vor Gericht nicht substantiiert begründet wurde, vermag hier nicht zu überzeugen. Nachdem die massgebende Arbeitsfähigkeit keine rein medizinische, sondern letztlich eine juristische Frage ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_155/2019 vom 11.7.2019 Erw. 4.2 mit Hinweisen), rechtfertigt es sich in der vorliegenden Konstellation, von dem im zweiten G. _____-Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeitsgrad im Lichte der gesamten medizinischen Aktenlage teilweise abzuweichen, ohne dass hier noch ein weiteres Gutachten zur massgebenden Arbeitsfähigkeit einzuholen wäre. In diesem Sinne erachtet es das Gericht als geboten, den massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad für angepasste Tätigkeiten ermessenweise auf 80% festzulegen. Für dieses Ergebnis spricht namentlich auch, dass der behandelnde Rheumatologe Dr.med. O. _____ am 15. Mai 2018 die im G. _____-Gutachten angenommene Arbeitsfähigkeit von 90% "im Moment" als nicht realistisch betrachtete, hingegen selber hinsichtlich des erwähnten Arbeitsfähigkeitsgrades von 50% von einer möglichen Steigerung im Laufe der Zeit ausging (IV-act. 83-2/2). Sodann ist der (tieferen) Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr.med. L. _____ entgegenzuhalten, dass er bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität an sich eine erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen bei den physischen Leistungstests bzw. Hinweise auf Aggravation anerkannte (vgl. IV-act. 138-13/18), hingegen diesen Aspekten bei der Diskussion der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht in erkennbarer Weise Rechnung getragen hat (vgl. IV-act. 138-15/18 oben). Mit anderen Worten ist hier der Arbeitsfähigkeitsgrad für angepasste Tätigkeiten selbst dann, wenn die vorstehend angesprochenen, leistungsmindernden Aspekte wie Selbstlimitierung/ Symptomausweitung etc. ausgeschieden werden, deshalb nicht auf 100% festzulegen, weil im ersten G. _____-Gutachten eine gewisse Einschränkung anerkannt wurde. Im Übrigen kann der Argumentation von Dr.med. L. _____, wonach der Versicherte massiv untergewichtig sei (vgl. IV-act. 138-15/18 oben), nach Massgabe der anlässlich der zweiten G. _____-Begutachtung erhobenen Befunde (siehe IV-act. 120-8/97: Grösse 174 cm/ Gewicht 58 kg, bzw. BMI 19.16) nicht beigepflichtet werden. Selbst wenn eine gewisse Verminderung des Arbeitsfähigkeitsgrades für angepasste Tätigkeiten mit dem Aspekt einer bestimmten Dekompensation begründet und anerkannt würde, liesse sich maximal eine Einschränkung für angepasste Tätigkeiten von 20% rechtfertigen. Anzuführen ist, dass der hier berücksichtigte Dekompensationsaspekt schliesslich im Einkommensvergleich nicht nochmals als leidensbedingter Abzug bei der Ermittlung des Invalideneinkommens herangezogen werden darf.

3.3 Nach dem Gesagten ist der massgebende Arbeitsfähigkeitsgrad für angepasste Tätigkeiten auf 80% festzulegen (was grundsätzlich auch einem Vollzeitspensum mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20% entspräche). Gegen einen tieferen Arbeitsfähigkeitsgrad (bzw. gegen eine höhere Einschränkung der Leistungsfähigkeit als 20% sprechen die mehrfach thematisierten Selbstlimitierungen, die Symptomausweitung und die in den Akten angesprochenen Inkonsistenzen bei den Leistungstests.

4. Dieser oben hergeleitete, massgebende Arbeitsfähigkeitsgrad für angepasste Tätigkeiten führt im Einkommensvergleich zu folgenden Ergebnissen.

4.1 In der angefochtenen Verfügung ermittelte die Vorinstanz ein Valideneinkommen von Fr. 96'987.15 (per 2015) und von Fr. 98'468.55 (per 2018), welche in der vorliegenden Beschwerde (S. 13, Ziff. 17) nicht in Frage gestellt werden. Bei dieser Sachlage kann darauf abgestellt werden, ohne dass sich dazu weitere Ausführungen aufdrängen.

4.2.1 Hinsichtlich des Invalideneinkommens ermittelte die Vorinstanz aus den Tabellenlöhnen per 2015 und umgerechnet auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 h/Woche einen Durchschnittsverdienst für einfache und repetitive Tätigkeiten von Fr. 66'633.-- (per 2015) bzw. von Fr. 67'430.-- (per 2018). Auf diese hypothetischen Einkommen ist hier als Ausgangswert abzustellen, ohne dass sich diesbezüglich ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigt. Die (konstitutionell bedingte) verminderte Belastbarkeit wurde bereits bei der Festlegung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades angerechnet, weshalb dieser Aspekt nicht nochmals bei der Festlegung des Invalideneinkommens berücksichtigt werden kann. Beizupflichten ist auch der Argumentation in der Vernehmlassung (S. 5, Ziff. 10), wonach hier kein Fall vorliegt, in welchem auf das statistische Durchschnittseinkommen einzelner Sektoren oder Branchen abzustellen wäre. Zutreffend sind auch die Ausführungen in der Vernehmlassung, wonach in einfachen und repetitiven Tätigkeiten die Anforderungen an Sprache, Ausbildung und Erfahrung tief sind und dass Hilfsarbeitertätigkeiten grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden. Beizupflichten ist sodann auch der Argumentation, dass die Tabellenlöhne des tiefsten Kompetenzniveaus eine Vielzahl geeigneter Tätigkeiten umfassen. Es kann auf die diesbezüglichen Ausführungen der Vorinstanz verwiesen werden, denen nichts beizufügen ist.

4.2.2 Bei einem massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad für angepasste Tätigkeiten von 80% (siehe oben) resultiert ein Invalideneinkommen per 2015 von Fr. 53'306.40 (Fr. 66'633 x 0.80) bzw. per 2018 von Fr. 53'944.-- (67'430 x 0.80).

4.3.1 Stellt man das Invalideneinkommen per 2015 von Fr. 53'306.40 dem Valideneinkommen per 2015 von Fr. 96'987.15 gegenüber, resultiert ein massgebender IV-Grad von 45% ($96'987.15 - 53'306.40 = 43'680.75$; $43'680.75 : 96'987.15 \times 100 = 45.03$). Damit ist dem Beschwerdeführer ein Anspruch auf eine Viertelsrente zuzugestehen, wie dies im Vorbescheid vom 17. Januar 2017 ebenfalls - mit Wirkung ab 1. Juni 2015 - anerkannt wurde (vgl. IV-act. 52).

4.3.2 Soweit in der Folge aufgrund mehrerer aktenkundiger operativer Eingriffe die Arbeitsunfähigkeit vorübergehend ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate dauerte (so beispielsweise vom 1. Juli 2016 bis 31. Oktober 2016, vgl. angefocht. Verfügung), ist nach Massgabe von Art. 88a IVV eine befristete Erhöhung des Rentenanspruchs zu gewähren, wobei die Festlegung der Details und der nachzuzahlenden Rentenbeträge grundsätzlich Sache der Verwaltung ist.

4.3.3 Anzuführen ist, dass auch der Einkommensvergleich der per 2018 ermittelten Einkommensgrössen keinen höheren Rentenanspruch bewirkt. Denn stellt man das Invalideneinkommen per 2018 von Fr. 53'944.-- dem Valideneinkommen per 2018 von Fr. 98'468.55 gegenüber, resultiert ein massgebender IV-Grad von ebenfalls 45% ($98'468.55 - 53'944 = 44'524.55$; $44'524.55 : 98'468.55 \times 100 = 45.21$).

5.1 Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten (von Fr. 500.--) den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Dies wird zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den vom Beschwerdeführer bezahlten Kostenvorschuss einbehält und die Vorinstanz dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers Fr. 250.-- zu bezahlen hat.

5.2 Zudem wird dem beanwalteten Beschwerdeführer für das vorliegende Teilsiegen zu Lasten der IV-Stelle eine reduzierte Parteientschädigung zugesprochen. In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 15 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und der Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens ist das (reduzierte) Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 1'500.- festzulegen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen teilweise gutgeheissen. Dem Beschwerdeführer wird mit Wirkung ab 1. Juni 2016 eine Viertelsrente (IV-Grad 45%) zugesprochen. Soweit im Verlauf aufgrund mehrerer aktenkundiger operativer Eingriffe die Arbeitsunfähigkeit vorübergehend ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate dauerte, ist nach Art. 88a IVV eine befristete Erhöhung des Rentenanspruchs zu gewähren, wobei die Festlegung der Details und der nachzuzahlenden Rentenbeträge grundsätzlich Sache der Verwaltung ist. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden den Parteien je zur Hälfte aufgelegt. Diese Kosten werden zahlungsverkehrsmässig so abgewickelt, dass das Verwaltungsgericht den vom Beschwerdeführer bezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und ihm bzw. seinem Rechtsvertreter Fr. 250.-- durch die Vorinstanz zu bezahlen sind.
3. Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. MwSt und Auslagen) zugesprochen (Auszahlung an den Rechtsvertreter).
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
 - den Vertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 27. Mai 2021