



**Fall-Nr.:** IV 2011/100  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 28.02.2013  
**Entscheiddatum:** 28.02.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 28.02.2013**

**Art. 28 Abs. 2 IVG. Art. 88a Abs. 1 IVV. (Befristete) Rente. Es kann auf das medizinische Gutachten abgestellt werden, wonach in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % besteht. Mithin resultiert kein unbefristeter Anspruch auf eine Invalidenrente. Während der Rehabilitationsphase bestand jedoch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten, so dass für diese Zeit ein befristeter Anspruch auf eine ganze Rente besteht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Februar 2013, IV 2011/100).**

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, a.o. Versicherungsrichterin Gertrud Condamin-Voney, Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

### **Entscheid vom 28. Februar 2013**

in Sachen

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Niedermann, St. Leonhard-Strasse 20,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

betreffend

### Rente

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 17. März 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er gab an, unter Rückenbeschwerden (Bandscheibenvorfall) zu leiden (act. G 28.1/116). Der Hausarzt, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, gab in seinem Bericht vom 14. Mai 2009 an, es bestehe ein Status nach Isthmotomie L5 links und Sequesterentfernung am 13. Januar 2009, eine aktuelle Diskopathie mit Hernie L5/S1 und Wurzelkompression sowie ein Status nach chronischen Lumbalgie. Eine erneute Rückenoperation werde erwogen bei Rezidivhernie (act. G 28.1/105.1 ff.). Mit Verlaufsbericht vom 17. Juli 2009 hielt Dr. B.\_\_\_\_ zusätzlich einen Status nach transforaminaler lumbaler intrakorporeller Fusion L5/S1 am 11. Mai 2009 fest. Es bestehe vorläufig eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 28.1/82.1). Vom 21. September bis 8. Oktober 2009 absolvierte der Versicherte eine stationäre Rehabilitationsbehandlung in der Klinik Valens. Diese legte sich nicht auf eine endgültige Arbeitsfähigkeitsschätzung fest, hielt den Versicherten aber grundsätzlich noch am bisherigen Arbeitsplatz als Schlosser/Schweisser für arbeitsfähig. Dabei bestehe eine um 20 - 30 % verminderte Leistungsfähigkeit. Zudem seien längere statische Arbeitshaltungen und das Hantieren von Lasten über 20 kg zu vermeiden (act. G 28.1/73.2 f.). Nachdem sich der Versicherte subjektiv als nicht arbeitsfähig sah und auch die Arbeitgeberin C.\_\_\_\_ AG keine Möglichkeit einer Umplatzierung anbieten konnte, schloss die Eingliederungsverantwortliche die Frühinterventionsphase ab. Dem Versicherten wurde am 10. März 2010 mitgeteilt, dass eine Arbeitsvermittlung bzw. eine Unterstützung zum Erhalt des jetzigen Arbeitsplatzes zur Zeit nicht möglich sei (act. G 28.1/62 und 64).



## St.Galler Gerichte

A.b In der Folge holte die IV-Stelle St. Gallen weitere Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_, Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen, ein. Dabei gab Dr. B.\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, indem sich die Lumboischialgie links weiter chronifiziert habe. Die Prognose betreffend körperlich mittelschwerer und schwerer Arbeit sei ungünstig (Verlaufsbericht vom 29. März 2010 [act. G 28.1/59.1 f.]). Dr. D.\_\_\_\_ gab in seinem Bericht vom 14. April 2010 an, es habe sich ein chronisches stark ausgeweitetes lumbosakrales Schmerzsyndrom entwickelt. Es bestehe eine depressiv überlagerte Anpassungsstörung. An eine Wiederaufnahme der Arbeit sei momentan nicht zu denken. Der Versicherte sei 100 % arbeitsunfähig (act. G 28.1/58). In der Folge ordnete die IV-Stelle St. Gallen auf Vorschlag des RAD Ostschweiz ein orthopädisch-psychiatrisches Gutachten an (G 28.1/55 f.).

A.c Am 23. Juni 2010 wurde der Versicherte durch das Medizinische Gutachtenzentrum St. Gallen (Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädie FMH, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) begutachtet. Diese Experten diagnostizierten (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) eine Schmerzpersistenz bei Status nach Isthmotomie L5 links und Sequestrektomie 01/2009 sowie transforaminaler lumbaler interkorporeller Fusion L5/S1 mit Capestone-Cages und Sextant-Zweisystem 05/2009, eine Präadipositas sowie Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion (F43.21), bestehend seit etwa Mai 2009. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Schlosser veranschlagten sie bei voller Stundenpräsenz auf 25 %, bestehend seit März 2010. Für den Zeitraum von Januar 2009 bis März 2010 bestehe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation eine volle Arbeitsunfähigkeit. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten, sowie Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit März 2010 zu 90 % zugemutet werden. Vorher bestehe seit Januar 2009 eine volle Arbeitsunfähigkeit (Gutachten vom 6. August 2010, act. G 28.1/51.1 ff. insbesondere 19 f.).



A.d Mit Vorbescheid vom 15. November 2010 gab die IV-Stelle dem Versicherten bekannt, er habe bei einem Invaliditätsgrad von 26 % keinen Anspruch auf eine Rente (act. G 28.1/45). Mit Einwand vom 29. November 2010 und Ergänzungen vom 14. Dezember 2010 und 5. Januar 2011 machte der Versicherte geltend, es sei ihm eine volle (gemeint: ganze) Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Subeventualiter sei ihm eine Viertelsrente zuzusprechen. Im Wesentlichen wurde geltend gemacht, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter sei nicht plausibel, nachdem die behandelnden Ärzte von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Dem Beschwerdeführer sei sodann ein Leidens- und Teilzeitabzug von insgesamt 25 % zu gewähren, da er auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit stark eingeschränkt und nur noch zu 90 % einsetzbar sei (act. G 28.1/36, 39 und 42). Mit Verfügung vom 31. Januar 2011 wies die IV-Stelle St. Gallen das Rentengesuch ab, da keine neuen medizinischen Fakten vorgebracht würden und korrekterweise auf den Tabellenlohn abgestellt worden sei (act. G 28.1/33.1).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 4. März 2011 und die - nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen - vorgenommene Ergänzung vom 27. Februar 2012 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Dem Beschwerdeführer sei sodann eine ganze Rente entsprechend einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, das Gutachten vom 6. August 2010, auf das sich die Beschwerdegegnerin stütze, weise zahlreiche Mängel auf und sei deshalb nicht beweistauglich. So sei das Gutachten nicht in Kenntnis sämtlicher Vorakten erstellt worden. Es fehle darin etwa die Nennung des Berichtes von Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 19. September 2008. Zudem finde sich der im Gutachten erwähnte Bericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 13. April 2010 nicht in den Akten. Der darin erwähnte Bericht der Neurologie finde sich ebenfalls nicht in den Akten. Fraglich sei ferner, auf welche bildgebenden bzw. Röntgenbefunde sich die Gutachter überhaupt stützten, werde doch in der orthopädischen Befunderhebung kein einziges Röntgenbild erwähnt. Es sei davon auszugehen, dass den Gutachtern



kein CT oder MRI vorgelegen habe, sondern lediglich die Berichte dazu. Im Weiteren verkenne das Gutachten die neurologische Problematik beim Beschwerdeführer, die erstmals von der Neurologin Dr. G.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 19. September 2008 erwähnt werde. Auch der Bericht der Neurochirurgie vom 13. April 2010 verweise auf eine konsiliarische neurologische Untersuchung, die eine Radikulopathie L5 links festhalte. Letztmals habe zudem Dr. med. H.\_\_\_\_, Neurochirurgie des Herz-Neuro-Zentrums Bodensee, im Bericht vom 30. Juni 2010 eine neurologische Untersuchung empfohlen. Dies bestätige, dass die Gutachter mangels weiterer neurologischer Abklärungen die neurologische Problematik gar nicht zuverlässig hätten beurteilen können. Im Weiteren setze sich das Gutachten nicht bzw. nur oberflächlich mit früheren fachärztlichen Einschätzungen auseinander. So betrachteten die behandelnden Ärzte den Beschwerdeführer auch in einer adaptierten (bzw. leichten) Tätigkeit nicht für arbeitsfähig. Die Beschwerdegegnerin ignoriere schliesslich die nach der Erstattung des Gutachtens eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands. Betreffend Invaliditätsbemessung sei grundsätzlich auf die im Einwand gemachten Ausführungen zu verweisen. Zu ergänzen sei, dass das Valideneinkommen mit dem letzten Monatslohn von Fr. 4'760.-- zu niedrig sei. Der Beschwerdeführer hätte zudem die Chance gehabt, nach der Operation Werkstattchef zu werden, was auf Grund der Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht mehr möglich gewesen sei (act. G 25).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 27. April 2012 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verweist sie im Wesentlichen auf den RAD-Bericht vom 14. März 2012. Darin wird vermerkt, dass der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ nicht mehr relevant sei, da dieser vor den Operationen verfasst worden sei. Der Bericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 13. April 2010 sei von Dr. E.\_\_\_\_ selbst angefordert und im Gutachten berücksichtigt worden. Die im Bericht genannte Radikulopathie L5 links sei von Dr. E.\_\_\_\_ bestätigt worden. Demgemäss seien die geklagten Schmerzen im linken Bein mit Ausstrahlung in den Fussrücken damit vereinbar. Demgegenüber habe der Beschwerdeführer bei Dr. H.\_\_\_\_ eine Taubheit im linken Gesäss und im linken Bein sowie streng begrenzt auf der linken Bauch-/Rumpfseite angegeben, was dieser durch die vorliegenden Wirbelsäulenpathologien nicht habe erklären können. Wenn Dr. H.\_\_\_\_ weitere neurologische Abklärungen vorgeschlagen habe, sei dies offensichtlich ohne Kenntnis der Voruntersuchungen



erfolgt, seien diese doch bereits im März 2010 vom Kantonsspital St. Gallen durchgeführt worden (act. G 28.1/2). Im Weiteren habe der Beschwerdeführer zwar gegenüber der Eingliederungsberaterin erklärt, mit dem Lohn unzufrieden gewesen zu sein. Von einer Lohnerhöhung oder gar einer möglichen Beförderung sei indessen nicht die Rede gewesen. Auch sei ein Leidensabzug nicht angezeigt (act. G 28). Der Beschwerdeführer verzichtet auf eine Replik (act. G 34).

### Erwägungen:

1.

1.1 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 1. Januar 2008 gültigen Fassung), wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 % invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % vor, wird eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eine Viertelsrente zugesprochen. Eine Invalidität von weniger als 40 % wird von der Invalidenversicherung rentenmässig nicht entschädigt.

1.2 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit und der Erwerbsunfähigkeit bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.



2.1 Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, das Gutachten sei nicht in Kenntnis sämtlicher Vorakten erstellt worden. Insbesondere seien die neurologischen Vorabklärungen durch die Neurologin Dr. G.\_\_\_\_ und die Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen nicht berücksichtigt worden. Unter den fallrelevanten Dokumenten werde der Bericht der Neurochirurgie vom 13. April 2010 aufgeführt. Darin werde eine Myelographie bzw. ein Myelo-CT vom 20. Oktober 2009 (recte: 22. Oktober 2009) erwähnt, wonach die Schraube in LWK 5 links knapp die rezessale Nervenwurzel L5 tangiere. Dieser Bericht sei in den Akten nicht zu finden. Der Arztbericht berufe sich weiter auf Kollegen der Neurologie, die in der Elektromyographie/Elektroneurographie Hinweise auf eine Radikulopathie L5 links gefunden hätten, wobei eine Polyneuropathie ausgeschlossen werden konnte. Der entsprechende Bericht finde sich ebenfalls nicht in den Akten. Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, es sei unklar, auf welche bildgebenden bzw. Röntgenbefunde sich die Gutachter stützten. Im Gutachten werde lediglich erwähnt, dass angesichts der erst kürzlich erfolgten auswärtigen Abklärung auf Röntgenuntersuchungen verzichtet werde. Da in der orthopädischen Befunderhebung kein einziges Röntgenbild erwähnt werde, sei davon auszugehen, dass den Gutachtern keine bildgebenden Dokumente vorgelegen hätten. Ohne dieses Material sei eine zuverlässige Beurteilung aber nicht bzw. nur eingeschränkt möglich.

2.2 Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass der objektive Sachverhalt in Bezug auf das Rückenleiden grundsätzlich abgeklärt ist. So geht Dr. E.\_\_\_\_ von einer Schmerzpersistenz bei Status nach Isthmotomie L5 links und Sequestrektomie sowie transforaminaler lumbaler interkorporeller Fusion L5/S1 mit Capestone-Cages und Sextant-Zweisystem aus (act. G 28.1/51.6). Im genannten Bericht der Neurochirurgie vom 13. April 2010 diagnostizierten die behandelnden Ärzte ein persistierendes lumbales bis lumbosakrales Schmerzsyndrom mit belastungsabhängigem radikulären Schmerzsyndrom L5 beidseits (distal betont) sowie sensiblem Ausfallsyndrom L5/S1 links. Zudem diagnostizierten sie einen Verdacht auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom L5 links. Im MRI der LWS vom Eintrittstag (25. März 2010) habe sich mit Ausnahme einer (asymptomatischen) Diskushernie BWK12/LWK1 rechts rezessal keine Nervenwurzelkompression gezeigt. Das Ganglion der Wurzel L5 links sei ödematös aufgetrieben. Im CT der LWS habe es keine Osteolysen gegeben, die Schraubenlage sei unverändert, die Schraube in LWK5 links tangiere unverändert die Nervenwurzel L5 links rezessal. Die Kollegen der Neurologie hätten in der



Elektromyographie/Elektroneurographie Hinweise auf eine Radikulopathie L5 links gefunden, eine Polyneuropathie habe dagegen ausgeschlossen werden können. Beim Austritt konstatierten die behandelnden Ärzte Hypästhesien an der Oberschenkel- und Unterschenkelaußen- und -hinterseite sowie am linken Fuss. Für das weitere Prozedere wurde lediglich die Dosis der - nebst der Schmerzmedikation durchgeführten - antidepressiven Medikation (Trazodon) gesteigert (act. G 28.1/10.2 ff.). Wie aus dem Gutachten ersichtlich ist, war Dr. E. \_\_\_ dieser Bericht bekannt (act. G 28.1/51.3). Er nahm auch die Hyposensibilität am linken Ober- und Unterschenkel und am linken Fuss auf. Er befasste sich mit deren Ursache und kam zum Schluss, dass die Schmerzen links mit Ausstrahlung in den Fussrücken links entsprechend dem Dermatome mit der im MRI vom März 2010 aufgetriebenen Nervenwurzel L5 links bei im CT sichtbarer, die Nervenwurzel L5 links rezessal tangierender Schraube L5 links vereinbar sei. Bei fehlender Pathologie rechts könnten die Ausstrahlung der Schmerzen in den rechten Unterschenkel und bei einzig einer L5 links vorliegenden Radikulopathie auch die Hyposensibilität des gesamten linken Beins nicht plausibilisiert werden. Mithin liegt die medizinische Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ nicht im Widerspruch zu derjenigen der behandelnden Ärzte - insbesondere der letzten, vor dem Gutachten ergangenen Untersuchung vom März/April 2010 - sodass diesbezüglich nicht von einem mangelhaften Gutachten ausgegangen werden kann.

2.3 Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, das Gutachten verkenne die neurologische Problematik, die erstmals von Dr. G. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 19. September 2008 erwähnt werde. Letztmals habe Dr. H. \_\_\_ in seinem Bericht vom 30. Juni 2010 auf eine untere Quadrantenhypästhesie und -hypalgesie hingewiesen, die am Abdomen paramedian begrenzt und mit einer relativ scharfen Grenze bis etwa Th10 reiche. Dr. H. \_\_\_ empfehle daher zur Validierung eine neurologische Untersuchung des angegebenen sensiblen Quadrantendefizits links eventuell mit Messung der langen Rückenmarksbahnen. Diese Empfehlung bestätige, dass die Gutachter mangels weiterer neurologischer Abklärungen die neurologische Problematik nicht zuverlässig beurteilen könnten. Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass nach Erstellung des Gutachtens - aber vor Erlass der angefochtenen Verfügung - vom 2. bis 7. Dezember 2010 ein weiterer Aufenthalt in der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen erfolgte. Im entsprechenden Bericht vom 10. Dezember 2010 wird das bereits bekannte persistierende lumbale bis lumbosakrale Schmerzsyndrom mit



belastungsabhängigem radikulärem Schmerzsyndrom S1 links sowie sensiblem Ausfallsyndrom diffus im ganzen linken Bein, am ausgeprägtesten im Dermatom S1 links diagnostiziert. Aktuell bestehe eine Schmerzexazerbation der bekannten Lumboischialgie links im L5/S1-Dermatom mit begleitendem Schwindel und Kopfschmerzen parietal median, eine leichte depressive Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastung sowie Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Am 3. Dezember 2010 wurden sodann neue CT- und MRI-Aufnahmen der Lendenwirbelsäule angefertigt. Die MRI-Aufnahme zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung vom 25. Oktober 2010 (richtig wohl 25. März 2010) einen unveränderten Zustand nach dorsaler Spondylodese LWK5/SWK1 mit unveränderter ödematöser Schwellung des Ganglions L5 links foraminal ohne Nachweis einer Kompression. Es fand sich eine normale Weite des Spinalkanals und kein Nachweis einer Kompression nervaler Strukturen. In der CT-Aufnahme fand sich ein lagestationäres und intaktes Osteosynthesematerial bei stattgehabter dorsaler Spondylodese und Cageinterponat LWK5/SWK1 sowie Laminektomie LWK5/SWK1 links. Die linke Pedikelschraube LWK5 sei weiterhin leichtgradig in Richtung des Spinalkanals medialisiert. Es bestehe eine zirkuläre Bandscheibenhernie LWK2/3 ohne höhergradige Einengung des Spinalkanals. Es bestehe weiterhin kein Hinweis auf eine Kompression nervaler Strukturen (act. G 28.1/37.2 ff.). Mithin lag auch zu diesem Zeitpunkt ein unveränderter Zustand vor, der nicht geeignet ist, die Gültigkeit des orthopädischen Gutachtens zu schmälern. Schliesslich vermag auch der Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2010 zu keiner anderen Beurteilung zu führen, geht doch dieser Arzt ebenfalls vom selben Zustand in LWK5 aus wie die behandelnden Ärzte und der Gutachter. Er erwähnt explizit, dass an diesem Wirbel keine Raumforderung und keine Kompression der hier verlaufenden Nervenwurzel beständen. Der übrige myelographische Befund sei unauffällig. Der Beschrieb des Befundes stimmt im Wesentlichen mit den übrigen medizinischen Unterlagen überein (Taubheit im Gesäss links im Ober- und Unterschenkel). Insbesondere waren die Fusspulse sämtlich regelrecht. Es zeigten sich keine pathologischen ASR- und PSR-Reflexe (Achillessehnenreflex, Patellarsehnenreflex). Der TSR (Trizepssehnenreflex) habe nicht ausgelöst werden können (act. G 25.2). Schliesslich konnte der von Dr. H.\_\_\_\_ beschriebene Befund einer Quadrantenhypästhesie in der späteren Untersuchung vom Dezember 2010 in der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen im genannten Umfang nicht bestätigt



werden. Vielmehr beschrieb der Beschwerdeführer hier wiederum - wie auch schon am 28. Juli 2010 anlässlich der Untersuchung in der Kopfschmerz-Sprechstunde in der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen, die einen unauffälligen neurologischen Untersuchungsbefund ergab (act. G 28.1/37.11) - die bekannte Hyposensibilität im linken Bein sowie am linken Fuss (act. G 28.1/37.3). Nachdem nicht von einer Verschlechterung der Verhältnisse ausgegangen werden kann, ist eine erneute neurologische Untersuchung somit nicht angezeigt.

2.4 Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, das Gutachten setze sich nicht bzw. nur ungenügend mit den früheren fachärztlichen Einschätzungen auseinander. So führe der Gutachter aus, dass die von der Klinik Valens attestierte Leistungseinbusse von 20 - 30 % auf Grund der vorliegenden Befunde aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollzogen werden könne. Der Gutachter weiche auch von der Einschätzung des Internisten Dr. B.\_\_\_\_ ab, wenn er davon ausgehe, auch in der bisherigen Tätigkeit könnten leichtere Arbeiten in deutlich reduziertem Umfang durchaus erledigt werden. Der Gutachter gebe für diese Differenz keine Begründung an. Keine Erwähnung finde sodann, dass Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 14. April 2010 ausdrücklich festgehalten habe, der Beschwerdeführer sei weder in der angestammten noch in einer anderen Tätigkeit arbeitsfähig. Als Operateur könne Dr. D.\_\_\_\_ seine Beurteilung immerhin auf einen langen Behandlungszeitraum sowie Hospitalisationen und konsiliarische, neurologische Untersuchungen stützen. Dies werde ferner dadurch bestätigt, dass auch Dr. B.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer selbst für leichtere Tätigkeiten als nicht arbeitsfähig betrachte, was er letztmals im Bericht vom 3. Januar 2011 bestätigt habe. Mit den Dres. D.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

2.5 Zur Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik Valens ist zunächst festzustellen, dass dieses Institut von einer zumutbaren mittelschweren Tätigkeit in Wechselbelastung mit Hantieren von Lasten bis 20 kg ausgegangen war (act. G 28.1/73.6). Bei dieser Prämisse erscheint die angenommene Einschränkung von 20 - 30 % nicht von vornherein als nicht nachvollziehbar. Demgegenüber geht der orthopädische Gutachter von einer körperlich leichten Tätigkeit in temperierten Räumen aus, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könne, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten. Eine solche Tätigkeit



könne bei voller Stundenpräsenz seit März 2010 vollumfänglich zugemutet werden. Während der postoperativen Rehabilitation bestehe ab Januar 2009 bis Februar 2010 (recte wohl bis März 2010 bzw. bis 1. April 2010 [Ende Aufenthalt Neurochirurgie, act. G 28.1/10.2]) eine volle Arbeitsunfähigkeit (act. G 28.1/51.7). In psychiatrischer Hinsicht ist gemäss Gutachten zusätzlich zu beachten, dass die Tätigkeit keine erhöhte emotionale oder Stressbelastung aufweist, keine gesteigerte Flexibilität erfordert und zu keiner überdurchschnittlichen Dauerbelastung führt. In einer solchen Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit bei voller Stundenpräsenz 90 % (act. G 28.1/51.20). Obwohl eine leichte depressive Störung rechtsprechungsgemäss nicht zu einer rentenrechtlich verwertbaren Invalidität führt und der psychiatrische Gutachter selber von einer zumutbaren Überwindbarkeit der Störung ausgeht (act. G 28.1/51.36), besteht beim vorliegenden Verfahrensausgang kein Korrekturbedarf, zumal auch die Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % ausgeht. Jedenfalls ist bei der vorgeschlagenen leichten Tätigkeit nicht mit über das attestierte Ausmass hinausgehenden Einschränkungen zu rechnen. Wie der RAD Ostschweiz zu Recht anmerkt, führten die behandelnden Ärzte Dres. B.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ in ihren Stellungnahmen vom 3. Januar 2011 bzw. vom 14. April 2010 die von ihnen angegebene Arbeitsunfähigkeit von 100 % in sämtlichen Tätigkeiten auf die depressiv überlagerte Anpassungsstörung bzw. das chronische Schmerzsyndrom zurück (act. G 28.1/37.1 und 58.2; act. G 28.1/2.2). Im Übrigen schloss Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 29. März 2010 eine adaptierte Tätigkeit nicht generell aus (act. G 28.1/59.1). Nach dem Gesagten erscheint die Schlussfolgerung der Gutachter plausibel, so dass auf deren Arbeitsfähigkeitsschätzung abzustellen ist.

2.6 Schliesslich wird vom Beschwerdeführer die Berechnung des Invaliditätsgrades bestritten. So sei anzumerken, dass der letzte Monatslohn von Fr. 4'760.-- zu niedrig gewesen sei, was der Beschwerdeführer bereits mit seinem Vorgesetzten besprochen habe. Der Beschwerdeführer hätte zudem nach der Operation die Chance gehabt, Werkstattchef zu werden, was jedoch auf Grund der Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht mehr möglich gewesen sei. Auf Grund der erwähnten Umstände sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer kurz davor gestanden habe, ein wesentlich höheres Valideneinkommen zu erzielen. Dazu ist zunächst festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung gestützt auf den IK-Auszug (Lohn 2007 von Fr. 72'472.--, vgl. act. G 28.1/112.2) bereits von



einem wesentlich höheren Valideneinkommen ausgegangen ist (Fr. 72'726.--; 2009 [act. G 28.1/33 und 47]), wohingegen der vom Beschwerdeführer genannte Betrag bestenfalls ein jährliches Einkommen von Fr. 61'880.-- ergeben würde (Fr. 4'760.-- x 13 [gemäss Arbeitgeberbescheinigung: Fr. 4'760.-- x 12 zuzügl. Gratifikation Fr. 4'200.-- = Fr. Fr. 61'320.--; act. G 28.1/108.3]). Der Beschwerdeführer erklärte sich denn im Einwand vom 5. Januar 2011 ausdrücklich mit dem von der Beschwerdegegnerin verwendeten Valideneinkommen einverstanden (act. G 28.1/36.4). Mit der Beschwerdegegnerin ist festzustellen, dass der erstmals im Beschwerdeverfahren geltend gemachte Karriereschritt und damit die Verwendung eines (noch) höheren Valideneinkommens nicht ausgewiesen ist. Für das Invalideneinkommen stellte die Beschwerdegegnerin auf die LSE ab. Dabei verwendete sie Tabelle TA1, Männer, Niveau 4, betriebsübliche Arbeitszeit (gemäss Anhang 2 zur IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV), wobei sie fälschlicherweise vom Jahr 2008 anstatt 2009 ausging. Da der korrekte Wert Fr. 55'116.-- (Fr. 61'240.-- x 90 %) beträgt, ergibt sich allerdings ein geringerer Invaliditätsgrad von 24,2 % ([Fr. 72'726.-- - Fr. 55'116.--] : Fr. 72'726.-- x 100). Selbst ein zusätzlicher Lohnabzug von 20 % ergäbe noch keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad (39,37 %). Da der maximale Abzug von 25 % ohnehin nicht angezeigt ist, erübrigt sich dessen genaue Festlegung. Es besteht demnach kein Rentenanspruch ab August 2010 (vgl. nachstehende Erwägung).

2.7 Obwohl nicht beantragt, bleibt von Amtes wegen zu prüfen, ob der Beschwerdeführer allenfalls Anspruch auf eine befristete Rente hat. So gehen die Gutachter davon aus, dass während der Zeit der postoperativen Rehabilitation eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten bestand. Dabei beziffern sie den massgebenden Zeitraum mit Januar 2009 bis März 2010 (Ausführungen zur bisherigen Tätigkeit) bzw. Februar 2010 (Ausführungen des orthopädischen Gutachters zur leidensangepassten Tätigkeit [act. G 28.1/51.7 und 19 f.]). Nachdem der Beschwerdeführer vom 25. März bis 1. April 2010 erneut in der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen hospitalisiert war, rechtfertigt es sich, das Entlassungsdatum als Ende der postoperativen Rehabilitationsphase anzusehen. Nachdem sich der Beschwerdeführer am 17. März 2009 zum Leistungsbezug angemeldet hat, besteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab September 2009 ein Anspruch. Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer gemäss Angaben von Dr. B.\_\_\_\_ seit mehr als einem Jahr arbeitsunfähig, und zwar - betreffend den Zeitraum September 2008 bis



August 2009 - vom 1. September bis 19. Oktober 2008 zu 50 %, vom 20. Oktober 2008 bis 3. Januar 2009 zu 25 %, vom 4. Januar bis 18. März 2009 zu 100 %, vom 19. März bis 21. April 2009 zu 70 % sowie vom 22. April bis 31. August 2009 zu 100 % (act. G 28.1/105.2 [vgl. auch act. G 28.1/107.1]). Dies ergibt eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 75 % (1,63 Mte. à 50 %; 2,47 Mte. à 25 %; 2,5 Mte. à 100 %; 1,1 Mte. à 70 % und 4,3 Mte. à 100 %). Nachdem der Beschwerdeführer in der bis 1. April 2010 dauernden Rehabilitationsphase noch nicht eingliederungsfähig war, hat er unter Berücksichtigung der für die Rentenanpassung gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV geltenden dreimonatigen Wartefrist für den Zeitraum von September 2009 bis Juli 2010 Anspruch auf eine ganze Rente.

3.

3.1 Die Beschwerde ist in dem Sinn teilweise gutzuheissen, als dem Beschwerdeführer befristet für den Zeitraum vom 1. September 2009 bis zum 31. Juli 2010 eine ganze Rente zuzusprechen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Die Sache ist zur Rentenberechnung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Beim vorliegenden Verfahrensausgang, wo der Beschwerdeführer im Hauptpunkt zwar unterliegt, sich die zugesprochene befristete Rente wirtschaftlich aber immerhin nicht ganz unerheblich auswirkt, rechtfertigt es sich, die Gerichtsgebühr dem Beschwerdeführer im Umfang von drei Fünfteln aufzuerlegen. Der Beschwerdeführer bezahlt demnach Fr. 360.--. Den Restbetrag von Fr. 240.-- hat die Beschwerdegegnerin zu bezahlen; dem Beschwerdeführer ist in diesem Umfang der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

3.3 Da der Beschwerdeführer teilweise obsiegt, hat er einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Bei vollständigem Obsiegen wäre praxisgemäss eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Wegen des nur



## St.Galler Gerichte

teilweisen Obsiegens von zwei Fünfteln erscheint eine Parteienschädigung von Fr. 1'400.-- als gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer somit eine Parteienschädigung von Fr. 1'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 31. Januar 2011 aufgehoben und dem Beschwerdeführer befristet für den Zeitraum vom 1. September 2009 bis zum 31. Juli 2010 eine ganze Rente zugesprochen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. Die Sache wird zur Rentenberechnung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 240.--, der Beschwerdeführer im Umfang von Fr. 360.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer daran angerechnet und im Umfang von Fr. 240.-- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 1'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.