



**Fall-Nr.:** IV 2012/199  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.10.2019  
**Entscheiddatum:** 01.04.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 01.04.2016**

**Art. 28 f. IVG. Im Wesentlichen übereinstimmende medizinische Ergebnisse eines Gutachtens des Versicherungsträgers und eines Gerichtsgutachtens. Zusprache einer befristeten Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2016, IV 2012/199).**

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen  
Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2012/199

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rémy Wyssmann, Schachenstrasse 34b,  
Postfach 368, 4702 Oensingen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

### IV-Leistungen

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 17. März/3. April 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich Berufsberatung, Umschulung, Wiedereinschulung, Arbeitsvermittlung und eine Rente. Er habe eine Lehre als Z.\_\_\_\_ gemacht. Im Oktober 2008 habe eine HWS-Bandscheibenoperation stattgefunden.

A.b Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung erhielt am 9. April 2009 (IV-act. 9) von Dr. med. B.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, unter anderem zur Auskunft, es lägen beim Versicherten ein St. n. mikrochirurgischer Diskektomie und Einsetzen einer Bandscheibenprothese C4/C5 am 23. Oktober 2008 bei chronischem zervikocephalem und akutem zervikobrachialem Schmerzsyndrom links bei Spondylosis und intraforaminaler Diskushernie C4/C5 links sowie postoperativ eine M.-deltoideus-Parese links, im Verlauf regredient, vor. Der Versicherte sei seit dem 13. Oktober 2008 voll arbeitsunfähig und werde es voraussichtlich bis mindestens im Mai 2009 bleiben. Sein Ziel sei es, eine der früheren (inzwischen gekündigten) entsprechende Tätigkeit wieder aufzunehmen; dieses Ziel sei neurochirurgisch gesehen realistisch.

A.c In einer Arbeitgeberbescheinigung vom 29. Mai 2009 (IV-act. 16) wurde bekanntgegeben, der Versicherte sei vom 1. Februar 2004 bis 31. Dezember 2008 angestellt und bis zum 2. Oktober 2008 als Teamleiter tätig gewesen. Das Arbeitsverhältnis sei gekündigt worden, weil der Vertrag als Y.\_\_\_\_leiter-Stellvertreter nicht erfüllt worden sei. Der Gesundheitszustand des Versicherten habe nichts mit der Arbeitsleistung zu tun gehabt, welche nicht dem Lohn entsprochen habe.

A.d Die Taggeldversicherung des Versicherten teilte am 28. August 2009 (IV-act. 20) mit, dieser sei noch voll arbeitsunfähig geschrieben, halte sich aber bereits für zu 30 bis



## St.Galler Gerichte

40 % arbeitsfähig und habe sich um eine entsprechende Stelle beworben und beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) gemeldet.

A.e Gemäss dem FI-Assessmentprotokoll vom 18. September 2009 (IV-act. 28) berichtete der Versicherte damals von verschiedenen Absagen auf Bewerbungen. Er bewerbe sich auf Beginn des nächsten Jahres, denn mindestens drei Monate werde es [mit der vollen Arbeitsunfähigkeit] noch dauern. Er gab unter anderem auch an, zwei Wochen nach der vollen Wiederaufnahme der Arbeit nach einer vollen und anschliessend hälftigen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Darmoperation [vom August 2008] habe er die Kündigung erhalten. Diese habe bestimmt mit der Nackenoperation zu tun gehabt. Am 21. Oktober 2009 (IV-act. 30) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit wegen seines Gesundheitszustands nicht möglich.

A.f Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin und Physikalische Medizin FMH, erklärte im Arztbericht vom 3. Juni 2010 (IV-act. 43), als Hauptdiagnosen bestünden ein rezidivierendes lumbovertebrales/lumbospondylogenes Syndrom bei St. n. mikrochirurgischer Diskektomie L2/L3 links bei grosser mediolateraler nach kaudal freiluxierter DH L2/L3 links [am 1. Oktober 2009, vgl. IV-act. 52] sowie medianer/paramedianer flacher DH L5/S1 links und klinischem Verdacht auf Instabilität, bestehend seit ca. 16 Jahren, sowie ein rezidivierendes cervicobrachiales Syndrom bei St. n. vorderer mikrochirurgischer Diskektomie und Einsetzen einer Bandscheibenprothese C4/C5 am 23.10.2008 und postoperativer M.-deltoideus-Parese links. Daneben lägen eine arterielle Hypertonie (seit 2003), ein St. n. Cholezystektomie (April 2009), ein St. n. diagnostischer Laparoskopie und kompletter Dünndarmrevision am 16.08.2008 bei paralytischem Ileus im oberen Dünndarmbereich im Rahmen einer Enteritis und ein Restless-legs-Syndrom vor. Bei der Konsultation vom 15. März 2010 (wegen postprandialen Beschwerden, ohne rheumatologische Untersuchung) habe der Versicherte im Übrigen eine Belastungsintoleranz mit einschliessenden Schmerzen angegeben, die für eine [WS-]Instabilität spreche. Ausserdem bestünden nun auch rechtsseitige Schmerzen nach zweistündigem Sitzen. Dr. B.\_\_\_\_ habe eine Reoperation geplant, der Versicherte daraufhin Dr. med. D.\_\_\_\_ konsultiert. Die Arbeitsfähigkeit sei bei den Neurochirurgen zu erfragen.



## St.Galler Gerichte

A.g Am 16. September 2010 ging schliesslich ein Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 15. und 16. September 2010 und 16. August 2010 ein (IV-act. 52; im Folgenden Arztbericht vom 16. September 2010). Als Diagnosen bezeichnete Dr. B.\_\_\_\_ im Wesentlichen einen St. n. vorderer mikrochirurgischer Diskektomie und Einsetzen einer Bandscheibenprothese C4/C5 am 23. Oktober 2008, einen St. n. mikrochirurgischer Diskektomie L3/L4 links am 1. Oktober 2009, einen St. n. lumbovertebrogenem Schmerzsyndrom und Claudicatio spinalis bei kleiner mediolateraler Rezidivhernie L2/L3 links und Spondylolisthesis L2/L3, Osteochondrose und medianer breitbasiger subligamentärer Diskushernie L1/L2, medianer subligamentärer flacher Diskushernie L4/L5 und Spondylarthrose L3/L4 und L4/L5 sowie einen V. a. schmerzbedingte Depression. Nach der Operation vom 1. Oktober 2009 sei der Versicherte zunächst schmerzfrei gewesen, doch sei Ende Oktober 2009 eine Rezidivhernie aufgetreten (in der Folge rückläufig). Die durchgeführte Rehabilitation (vom August 2010) habe die Schmerzen bei Belastungen sogar noch verstärkt. Er (der Arzt) habe eine stabilisierende Operation auf Höhe L2/L3 empfohlen. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei aber fraglich. In seinem Beruf sei der Versicherte seit dem 13. Oktober 2008 voll arbeitsunfähig. Wegen der anhaltenden Lumbalgien und der Lumboischialgie links sowie den Zervikalgien sei auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit nicht möglich. Es bestünden eine leichte M.-quadriceps-Parese links und Parästhesien im Dermatom L3, L4 und L5 links. Nach einer Gehstrecke von 30 Minuten Dauer trete eine Claudicatio spinalis auf.

A.h Das Rehaszentrum E.\_\_\_\_ reichte am 11. Oktober 2010 seinen Bericht an Dr. C.\_\_\_\_ vom 22. September 2010 (IV-act. 58-2 ff.) ein. Darin war erklärt worden, die Schmerzen bestünden weiterhin, zum Teil sogar mehr als vor der Rehabilitation. Auch die Kraft- und die Sensibilitätsstörung habe sich nicht verbessert. Eine Operation sei sinnvoll.

A.i Nachdem die Taggeld-Versicherung am 7. Oktober 2010 (IV-act. 56) mitgeteilt hatte, der Versicherte habe sich trotz Risikos nochmals zu einer Operation entschlossen, gab dieser im März 2011 (IV-act. 74) bekannt, er habe Dr. B.\_\_\_\_ erklärt, es werde keine weiteren Operationen mehr geben. In einem Arztbericht vom 30. Mai 2011 (IV-act. 76) bestätigte Dr. B.\_\_\_\_, der Versicherte sei auch für eine leichte Tätigkeit voll arbeitsunfähig. Er leide postoperativ an einem zervikocephalen Schmerzsyndrom, besonders beim Nach-oben-Schauen, ausserdem an einem lumbovertebrogenen und -



## St.Galler Gerichte

radikulären Schmerzsyndrom links, unter anderem mit leichter M.-quadriceps-Parese links (Grad IV-V), und sei deswegen nicht belastbar.

A.j Am 22. Juni 2011 (IV-act. 84) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe nicht; solche seien beim derzeitigen Gesundheitszustand nicht angezeigt.

A.k Am 16. September 2011 erstattete das Medizinische Gutachtenzentrum St. Gallen (MGSG) das in Auftrag gegebene orthopädisch-psychiatrische Gutachten (IV-act. 90; Untersuchungen vom 17. August 2011). Als Hauptdiagnosen lägen vor eine Kraftverminderung des linken Arms bei St. n. mikrochirurgischer Diskektomie und Bandscheiben-Prothesenimplantation C4/5 10/2008, eine deutliche Osteochondrose und Spondylarthrose speziell L2/3 und geringer L1/2 mit rechts recessaler Diskushernie L2/3 und mässiger Kompression der Nervenwurzel L3 rechts recessal sowie kleiner links foraminaler Diskushernie L5/S1 mit mässiger Kompression der Nervenwurzel L5 links foraminal bei leichter linkskonvexer Skoliose und St. n. mikrochirurgischer Diskektomie L2/4 links 10/2009, und eine Präadipositas. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine arterielle Hypertonie, ein Nikotinabusus und eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, bestehend seit etwa 10/2009. Vorwiegend im Stehen auszuübende Tätigkeiten mit häufigen inklinierten und rotierten Körperhaltungen und Heben und Tragen von Lasten von 5 bis 10 kg könnten nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden, weshalb für die bisherige Tätigkeit ab der Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % bestehe. Von Oktober 2008 bis April 2010 habe diesbezüglich volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte oder rotierte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 3 kg gehoben oder getragen werden müssten und die nicht mit Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien, könnten dem Versicherten bei voller Stundenpräsenz zu 90 % zugemutet werden. Während der jeweils ersten vier postoperativen Monate in den Jahren 2008 und 2009 habe allerdings auch für solche adaptierten Tätigkeiten volle Arbeitsunfähigkeit bestanden.



A.l Am 14. November 2011 (Eingangsdatum; IV-act. 94) schrieb der Versicherte, obwohl er dem Gutachter [...] vor dem Untersuch mitgeteilt habe, dass die Schmerzen bei jeder Manipulation grösser würden, sei im Rücken und Nacken kräftig gezogen worden. Seither habe er doppelt so starke Schmerzen wie vorher. Im Nacken habe er eine neue Bandscheibe. Die Nackenschmerzen würden ihn seit dem Untersuch aus dem Schlaf holen. Er habe es dem Gutachter mitgeteilt. Ausserdem sei der Stil dessen Befragung zu kritisieren. Am 12. Dezember 2011 (IV-act. 97) erklärte der Versicherte, Dr. B.\_\_\_\_ werde eine entsprechende Bestätigung direkt einreichen. - In einem Bericht an Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2012 (IV-act. 100) gab Dr. B.\_\_\_\_ bekannt, als aktuelle Diagnose liege unter anderem eine Exacerbation der zervikovertebrogenen Schmerzsymptomatik vor. Nach Angaben des Versicherten hätten die Zervikalgien nach einer Manipulation der HWS zugenommen und es gebe eine Ausstrahlung in die Schulter rechts. Der Versicherte klagt über anhaltende Lumbalgien, eine Lumboischialgie links und eine Claudicatio spinalis. Nach einer Gehstrecke von 300 m werde das linke Bein müde; er müsse ein paar Minuten warten. Dass er noch irgendeine Tätigkeit in bisheriger Weise durchführe, sei nicht mehr zumutbar.

A.m Der RAD hielt am 23. Januar 2012 (IV-act. 104) dafür, es gebe keine objektivierbaren Hinweise auf eine für die Arbeitsfähigkeit relevante Gesundheitsverschlechterung seit der Begutachtung. Bereits bei der Begutachtung seien stechende Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Schulter beklagt worden und also bekannt gewesen. Die Beweglichkeitsprüfung der HWS sei im Januar 2012 (gemacht durch Dr. B.\_\_\_\_) sogar besser ausgefallen als bei der Begutachtung. Dr. B.\_\_\_\_ beschreibe zudem einen deutlich besseren Befund betreffend Kraft in den Armen als der Gutachter. Das nach der Untersuchung erstellte Kernspintomogramm der HWS vom 23. August 2011 zeige nebst der Bandscheibenprothese ein normales zervikales Bild. Neurologisch habe Dr. B.\_\_\_\_ im Mai 2011 und im Januar 2012 dieselben Befunde beschrieben. Eine HWS-Manipulation werde im Gutachten nicht erwähnt und es wäre auch sehr erstaunlich, wenn eine solche therapeutische Massnahme aus dem Bereich der Manuellen Medizin durchgeführt worden wäre.

A.n Mit Vorbescheid vom 8. Februar 2012 (IV-act. 106 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Rechtsvertretung des Versicherten die Abweisung seines Leistungsgesuchs um eine Rente in Aussicht. Der



## St.Galler Gerichte

Invaliditätsgrad betrage 23 % (Valideneinkommen Fr. 71'907.--, Invalideneinkommen Fr. 55'116.--). Das Wartejahr sei nicht erfüllt, denn nur während jeweils vier Monaten nach den Operationen habe auch in adaptierten Tätigkeiten volle Arbeitsunfähigkeit bestanden.

A.o Bei einer Vorsprache bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle vom 15. Februar 2012 (IV-act. 109) teilte der Versicherte unter anderem mit, sein Medikamentenbedarf sei im Gutachten unvollständig geschildert worden. Er habe den Gutachter ausserdem am 26. August 2011 auf die Schmerzverstärkung hingewiesen. Trotzdem stehe davon im Gutachten nichts. Es sei ihm nicht möglich, vier Stunden zu sitzen bzw. zu stehen. Auch der Einkommensvergleich sei unzutreffend. - In einem Einwand seiner Rechtsvertretung vom 12. März 2012 (IV-act. 110) wurde die Zusprechung der geschuldeten IV-Leistungen, eventualiter wurden ergänzende Abklärungen beantragt. Die gutachterliche Beurteilung stehe in Widerspruch sowohl zur subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Versicherten als auch zur Beurteilung der behandelnden Ärzte. Trotz der Reiz- und Ausfallssymptome sei keine neurologische Untersuchung erfolgt. Es werde im Gutachten auch nicht dargelegt, weshalb die Beschwerden angeblich nicht mit dem medizinischen Befund sollten erklärt werden können. Dr. C.\_\_\_\_ habe kürzlich eine neurologische Untersuchung veranlasst. Ein Bericht werde nachgereicht.

A.p Am 23. April 2012 (IV-act. 112) verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen im Sinn des Vorbescheids.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Guido Bürle Andreoli, Helsana Rechtsschutz AG, für den Betroffenen am 23. Mai 2012 erhobene Beschwerde. Der Beschwerdeführer lässt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung der ihm zustehenden Leistungen, eventualiter eine Vervollständigung der Sachverhaltsabklärung durch ein fachärztliches Gutachten, beantragen. Die Beschwerdegegnerin habe die Abklärungspflicht verletzt, indem sie allein auf das Gutachten abgestellt habe. Dieses sei nicht umfassend, da es den neurologischen Befund von Nervenkompressionen ausgeklammert habe und auf keinen



neurologischen Untersuchungen basiere. Gemäss einem beigelegten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, vom 1. März 2012 seien klinisch eine residuelle Radikulopathie C5 links und eine nicht ganz klare Hyposensibilität am rechten Handrücken und residuelle Ausfälle in den Segmenten L3 bis S1 links gefunden worden, elektrophysiologisch eine axonale Läsion der linksseitigen Mm. rectus femoris und tibialis anterior. Dr. B.\_\_\_\_ habe am 4. Januar 2012 einen positiven Lasègue links und rechts erhoben. Die geklagten Beschwerden seien nicht ausreichend berücksichtigt worden, es fehle eine Schmerzanamnese. Weshalb gerade eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % und nicht etwa eine solche von 30, 40 oder 50 % bestehe, sei unbegründet geblieben. Die Diskrepanz zwischen den von ihm (dem Beschwerdeführer) erlebten Schmerzen und der Zumutbarkeitsbeurteilung erkläre der Gutachter einzig damit, dass das Ausmass der Nackenschmerzen und der abnormen Untersuchungsbefunde der HWS bei unauffälligem MRI nicht nachvollzogen werden könne. Das Schmerzausmass allein anhand des angeblich unauffälligen MRI bestimmen zu wollen, gehe aber nicht an. Es bliebe diesfalls bei sozusagen blandem MRI nämlich unerklärt, woher die anerkannte, persistierende Muskelschwäche der linken oberen Extremität kommen sollte. Dr. B.\_\_\_\_ attestiere ihm im Unterschied zum Gutachten eine volle Arbeitsunfähigkeit. Um die funktionelle Leistungsfähigkeit beurteilen zu können, dränge sich eine Belastungsabklärung in einer BEFAS auf. Danach habe eine spezialärztliche orthopädische, neurologische und rheumatologische Begutachtung stattzufinden. In der Folge müssten als Erstes Integrationsmassnahmen geprüft werden. Schliesslich wäre bei der Bestimmung des Invalideneinkommens ein Abzug von mindestens 15 % vorzunehmen gewesen.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. September 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gemäss der Stellungnahme des RAD vom 13. August 2012 habe der Gutachter der Orthopädie einen detaillierten neurologischen Befund erhoben. Dieser decke sich im Wesentlichen mit jenen von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_. Aufgrund der Muskelschwäche des linken Arms habe der Gutachter eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen. Die Kraftentwicklung sei beim Gutachter geringer gewesen als bei Dr. F.\_\_\_\_. Dr. B.\_\_\_\_ habe keine Schwäche an den oberen Extremitäten festgestellt. Gefühlsstörungen habe der Gutachter im



linken Arm und Bein nicht festgestellt. Der Lasègue sei einzig bei Dr. B.\_\_\_\_ positiv, beim Gutachter und bei Dr. F.\_\_\_\_ aber negativ gewesen. Die Beschwerden würden im Gutachten beschrieben und bei den Kriterien für eine adaptierte Tätigkeit berücksichtigt. Die von Dr. B.\_\_\_\_ im Januar 2012 gemessene Beweglichkeit der HWS sei deutlich besser gewesen als jene bei der Begutachtung. Die LWS-Schmerzen seien gemäss dem Gutachter durch die Befunde erklärbar. Die Arbeitsfähigkeit werde unterschiedlich beurteilt. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung nicht verändert. Diese fachmedizinischen Feststellungen des RAD würden überzeugen, die aus Sicht eines medizinischen Laien erhobene Kritik am Gutachten dagegen sei in keinem Punkt begründet. Da feststehe, dass kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorliege, könne über den Rentenanspruch verfügt werden, auch ohne Eingliederungsmassnahmen genauer zu prüfen. In Betracht fiel ohnehin einzig eine Arbeitsvermittlung, welche nur erfolgreich sein könnte, wenn der Beschwerdeführer von der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung Abstand nähme. Eine Umschulung wäre angesichts dessen Alters von vornherein unverhältnismässig.

D.

Mit Replik vom 14. Januar 2013 beantragt Rechtsanwalt lic. iur. Rémy Wyssmann als Rechtsvertreter (vgl. sein Schreiben vom 2. Juli 2012) des Beschwerdeführers die Durchführung einer gerichtlichen Begutachtung samt Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sowie einer öffentlichen Instruktions- und Parteiverhandlung, um die Diskrepanzen auszuräumen und die Sache einer vergleichweisen Lösung zuzuführen. Ein Neurostatus sei bei der Begutachtung durch den Orthopäden mangels fachlicher Befähigung nicht erhoben worden, obwohl beim Beschwerdeführer eine mässige Kompression der Nervenwurzel und begleitende Lähmungserscheinungen des linken Beins bestünden. Es hätte ein Gutachter der Neurologie beigezogen und es hätten etwa die Hoffmann-Tinel-Zeichen erhoben und eine elektrophysiologische Untersuchung durchgeführt werden müssen. Hieran ändere auch die Stellungnahme der RAD-Ärztin nichts, deren fachliche Befähigung in neurologischer Hinsicht nicht bekannt sei. Weshalb die Beschwerdegegnerin den Gutachter nicht zu den Ergebnissen von Dr. F.\_\_\_\_ Stellung nehmen lassen wolle, sei nicht klar. Dass der vom Gutachter der Orthopädie erhobene "detaillierte neurologische Befund" sich im Wesentlichen mit jenem von Dr. F.\_\_\_\_ und von Dr. B.\_\_\_\_ decke, treffe nicht zu. Bei



Dr. B.\_\_\_\_ sei der Lasègue-Test positiv verlaufen, der Gutachter habe das Ergebnis als "unauffällig" (nicht als "negativ") bezeichnet, was in der medizinischen Nomenklatur nicht vorgesehen und daher nicht verständlich sei. Drei beigelegte Berichte von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie und Neurochirurgie, Leiter Gutachtenzentrum an der Klinik H.\_\_\_\_, vom 17. September 2012 (zwei) und 10. Januar 2013 bestätigten die Unvollständigkeit der Abklärungen. Erforderlich sei danach, jedenfalls im Hinblick auf therapeutische Optionen, die noch nicht ausgeschöpft seien, eine ausführliche elektromyographische Untersuchung, ergänzt durch evozierte Potenziale und paraspinale Ableitungen. Ausserdem sei eine EFL notwendig. Auch die Schmerzbegutachtung durch den Gutachter der Psychiatrie sei unvollständig, da ihr keine ausreichend geklärten somatischen Grundlagen vorgelegen hätten. Da es sich um ein altrechtliches Gutachten handle, müsse nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Bundesgerichtsentscheide i/S B. vom 17. September 2012, 9C\_148/12, und i/S A. vom 4. Oktober 2012, 9C\_495/12) bereits bei geringen Zweifeln eine neue Begutachtung erfolgen, hier eine gerichtliche Begutachtung. - Dr. G.\_\_\_\_ hatte unter anderem in einer Stellungnahme (datiert vom 17. September 2012) dafürgehalten, es sei zu diskutieren, ob noch eine Entfernung des Bandscheibenvorfalles (LWK2/3 oder LWK3/4) in Frage komme, in welcher Höhe eine Stenose vorliege oder ob die Spondylolisthese für die Claudicatosymptomatik verantwortlich sei und ob diesbezüglich operativ vorzugehen sei, oder ob eine Stabilisierungsoperation in Frage komme, ausserdem ob eine konservativ-medikamentöse Schmerzbehandlung ausreiche, eine Rehabilitation in Frage komme oder ein neurochirurgischer Schmerzeingriff (z.B. spinal cord stimulation) Linderung bringen könne. Nach einer Konsultation des Beschwerdeführers hielt er in einem weiteren Schreiben (vom 17. September 2012) fest, es sei vorab zu klären, ob überhaupt Bandscheibenvorfälle in den Höhen LWK2/3 und lumbosakral bestünden.

E.

Die Beschwerdegegnerin hat am 24. Januar 2013 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet, der Beschwerdeführer am 5. November 2014 auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung.

F.



Am 25. November 2014 hat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen einen Beweisbeschluss gefällt und den Parteien anschliessend Gelegenheit geboten, sich zur vorgesehenen Begutachtung unter neurologischem, neurochirurgischem und orthopädischem Gesichtspunkt, zum in Aussicht genommenen Begutachtungsinstitut und zu den vorbereiteten Fragen vernehmen zu lassen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat sich mit Schreiben vom 11. Dezember 2014 mit dem Institut und den Fragen einverstanden erklärt, sich aber vorbehalten, sich nach Vorlage zum Gutachten zu äussern und allenfalls Ergänzungsfragen zu stellen. Am 18. Dezember 2014 wurde der Auftrag (einschliesslich EFL) erteilt. Das Institut hat am 4. Februar 2015 vorgeschlagen, über die Notwendigkeit einer dort nicht durchführbaren EFL nach der Abklärung (nochmals) zu entscheiden und zum Ausschluss einer möglichen psychiatrischen oder psychosomatischen Problematik beim Beschwerdeführer eine entsprechende Teilbegutachtung durchzuführen. Die Gerichtsleitung hat am 18. Februar 2015 geantwortet, der Entscheid über die Notwendigkeit einer EFL könne nach der medizinischen Abklärung getroffen werden; gegebenenfalls sei ein Vorschlag zu unterbreiten. Des Weiteren erkenne das Gericht bezüglich des relevanten Sachverhalts bis 23. April 2012 keinen Abklärungsbedarf in psychiatrischer Hinsicht, sei aber, falls die Begutachtenden aufgrund ihrer Abklärungsergebnisse eine psychiatrische Begutachtung für angezeigt halten würden, mit deren Veranlassung einverstanden. Nach der Abklärung gab das Institut am 2. Juni 2015 bekannt, eine EFL wäre sinnvoll. Auf Anfrage der Gerichtsleitung vom 9. Juni 2015 hin hat sich der Beschwerdeführer mit der Durchführung einverstanden erklärt.

G.

Am 30. November 2015 hat das Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) das Gutachten über seine Untersuchungen vom 26. bis 29. Mai 2015 sowie die EFL vom 23. und 24. September 2015 in den Kliniken Valens erstattet (act. G 45). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden bekannt gegeben:

- Chronisches cervikovertebrogenes Schmerzsyndrom mit/bei
- residueller radikulärer sensomotorischer Ausfallssymptomatik der Wurzel C5

links bei



## St.Galler Gerichte

- St. n. anteriorer mikrochirurgischer Diskektomie und Implantation einer Bandscheibenprothese C4/5 am 23.10.2008

- aktivierten Facettenarthrosen, Tendomyosen sowie Bewegungseinschränkung

- geringen degenerativen Veränderungen bei regelrechtem Implantat-Sitz

(Rx 27.05.2015)

- Chronisches lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom mit/bei

- residueller radikulärer sensomotorischer Ausfallssymptomatik der Wurzel L3

links (sensibel auch L4) bei

- St. n. mikrochirurgischer Diskektomie L2/3 links am 01.10.2009 mit

- nachfolgendem Segmentkollaps und skoliotischer Winkelbildung (16° nach

Cobb)

- belastungsabhängig aktivierten Facettenarthrosen

- degenerativen LWS-Veränderungen mit Osteochondrose, Retroposition und

skoliotischer Winkelbildung bei L2/3 mit Spondylarthrose L2/3 (Rx 27.05.2015).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei unter anderem eine DISH (wohl: Diffuse idiopathische Skeletthyperostose) der BWS. Es sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen mittelschweren Tätigkeit mit schweren Anteilen seit dem 3. Oktober 2008 bleibend nicht mehr arbeitsfähig sei. Von Beginn bis zum Sommer des Jahres 2009 habe für eine angepasste Tätigkeit, insbesondere ohne die Notwendigkeit des Hochhebens des linken Armes, wieder volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Danach sei der Beschwerdeführer wegen der lumbalen Problematik bis Ende 2009 auch für solche Tätigkeiten arbeitsunfähig gewesen. Seither sei die



## St.Galler Gerichte

Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit (zeitlich) nicht eingeschränkt. Angepasst sei eine Tätigkeit, wenn sie körperlich leicht sei, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg auskomme, abwechslungsweise sitzend, stehend und gehend (nicht ausschliesslich stehend und gehend) auszuüben sei und ohne inklinierte oder reklinierte sowie stark rotierte Körperhaltungen, ohne Tätigkeiten mit den Armen oberhalb der Horizontalen und ohne Hocken und Kniebeugen ausgeführt werden könne.

H.

Die Beschwerdegegnerin stellt sich mit Eingabe vom 18. Dezember 2015 auf den Standpunkt, aufgrund des Gutachtens stehe fest, dass der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch habe.

I.

Der Beschwerdeführer lässt in der Stellungnahme vom 8. Februar 2016 vorbringen, in der Klinik X.\_\_\_\_ habe ihm niemand glauben wollen. Das sei eine Kränkung für ihn gewesen. Er sei nicht in der Lage gewesen, das geforderte Gewicht von 70 kg zu schieben. Er beantragt, es sei eine psychiatrische Teilbegutachtung durchzuführen und es seien den Gutachtern nebst dem Fragenkatalog gemäss IV-Rundschreiben Nr. 339 elf Ergänzungsfragen zu stellen. Im Gutachten seien eine erhebliche Symptomausweitung und Selbstlimitierung festgestellt worden. Inkonsistenzen schlossen jedoch eine relevante psychische Erkrankung nicht aus, sondern bedingten sie oder stellten ihre Folge dar. Eine psychiatrische Teilbegutachtung habe noch nicht stattgefunden, weshalb eine Diskussion und transparente Bewertung der Auffälligkeiten fehle. Wenn Hinweise für eine Aggravation oder Simulation fehlten und die Kooperation anerkanntermassen gut gewesen sei, könne die Ursache dafür, dass die hochgradigen Schmerzangaben im Bereich der HWS durch objektivierbare Befunde als nicht nachvollziehbar beschrieben worden seien, nur eine psychische sein. Die anderen Fachrichtungen als der Psychiatrie angehörigen bisherigen Gutachter könnten dies nicht abschliessend beurteilen. Das psychiatrische Teilgutachten des MGSG habe auf unzutreffenden Annahmen zur Qualität der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers basiert, so dass ihm kein Beweiswert zukommen könne. Der



betreffende Gutachter habe zudem eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion diagnostiziert, die sich gemäss WHO-Richtlinien maximal zwei Jahre lang auswirken könne. Die entsprechende Feststellung bei der Untersuchung vom August 2011 - somit nach dem 3. Oktober 2010, dem Ablauf von zwei Jahren nach dem vom Gerichtsgutachten benannten Beginn der Arbeitsunfähigkeit - erweise sich als Diagnosefehler. Die dort vorgenommene juristische Willensprüfung habe ferner eine Kompetenzüberschreitung dargestellt. Des Weiteren sei damit aber der Charakter der Erkrankung als pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage bestätigt worden. Es sei beim erhärteten Verdacht auf eine Somatisierungsstörung der Fragenkatalog gemäss IV-Rundschreiben Nr. 339 zu beantworten. Die für eine Abkehr vom Beweiswert erforderlichen geringen Zweifel lägen überdies ohne weiteres vor. Schliesslich erlaubten die umfangreichen medizinischen Unterlagen keine Beurteilung im Licht der Beurteilungsindikatoren, weshalb eine unverbindliche Tatsachenfeststellung vorliege. - Mit Eingabe vom 8. März 2016 entgegnet der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers der Stellungnahme des Beschwerdegegnerin vom 18. Dezember 2015, eine verbindliche Feststellung zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit könne noch nicht gemacht werden.

### Erwägungen

1.

Mit der angefochtenen Verfügung vom 23. April 2012 hat die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Beschwerdeführers um eine Rente abgewiesen. Am 22. Juni 2011 hatte sie ihm (wie bereits am 21. Oktober 2009) mitgeteilt, Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe beim betreffenden Gesundheitszustand nicht. Strittig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen, namentlich auf eine Rente.

2.

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe



Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die (nebst den Anforderungen nach lit. a) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Die einjährige Wartezeit gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % vorliegt (AHI 1998 S. 124 E. 3c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29<sup>ter</sup> IVV; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004, I 19/04). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

3.

3.1 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Sache des Arztes ist es, den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Lauf der Zeit zu beschreiben, also mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Er nimmt dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2, BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34, BGE 132 V 99 f. E. 4).

3.2 Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sind diverse medizinische Berichte und zwei Gutachten erstellt worden. Danach kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit seit dem 3. Oktober 2008 nicht mehr (gemäss Gerichtsgutachten des ZMB; gemäss Gutachten des MGSG von Oktober 2008 bis April 2010) oder jedenfalls nicht mehr zu mehr als 30 % (gemäss dem Gutachten des MGSG: ab August 2011; Zustand von April 2010 bis August 2011 sei nicht eindeutig beurteilbar) arbeitsfähig ist.



3.3 Was die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit betrifft, wurde im Gutachten des MGSG vom 16. September 2011 nach der orthopädischen und psychiatrischen Abklärung vom 17. August 2011 festgehalten, körperlich leichte, umschriebenen Voraussetzungen entsprechende Tätigkeiten seien ihm während der jeweils ersten vier postoperativen Monate in den Jahren 2008 (entspricht dem Zeitraum vom 23. Oktober 2008 bis 23. Februar 2009) und 2009 (also 1. Oktober 2009 bis 1. Februar 2010) nicht zumutbar gewesen, seien ihm seither aber bei voller Stundenpräsenz zu 90 % zumutbar. Im Gerichtsgutachten des ZMB betreffend die Untersuchungen vom Mai und September 2015 wurde erklärt, bis vor Beginn des Jahres 2009 habe diesbezüglich volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen, danach bis Sommer 2009 volle Arbeitsfähigkeit. Anschliessend sei der Beschwerdeführer bis Ende des Jahres 2009 wieder voll arbeitsunfähig gewesen. Seither sei er in der Arbeitsfähigkeit (zeitlich) nicht eingeschränkt. - Bei Ablauf einer möglichen Wartezeit im Oktober 2009 war der Beschwerdeführer nach beiden gutachterlichen Beurteilungen voll arbeitsunfähig, und zwar gemäss ZMB bis Dezember 2009, gemäss MGSG bis 1. Februar 2010. Für die Zeit danach liegen die Arbeitsfähigkeitsschätzungen um (lediglich) 10 % auseinander, da das MGSG 90 %, das ZMB aber volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierter Tätigkeit beschreibt.

3.4 Zu einer anderen Arbeitsfähigkeitsschätzung war der Neurochirurg gelangt, welcher den Beschwerdeführer operiert hat: Nach Auffassung von Dr. B.\_\_\_\_ kann dem Beschwerdeführer - namentlich wegen den anhaltenden Lumbalgien, der Lumboischialgie links und Zervikalgien - auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeit mehr zugemutet werden. Dr. C.\_\_\_\_, das Rehasentrum E.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ hatten sich einer Arbeitsfähigkeitsschätzung enthalten.

3.5 Die Gerichtsbegutachtung ist durch Zusammenwirken von medizinischen Experten nach Kenntnisnahme von den Vorakten, nach Erfragen der Anamnese und der Angaben zu den Beschwerden und nach Aufnahme der Befunde erhoben worden. Nunmehr ist, wie sich aus dem Folgenden ergibt, von einer vollständigen Abklärung auszugehen. Die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise sind erfüllt. Es rechtfertigt sich, auf das Ergebnis der ZMB-Gerichtsbegutachtung (und nicht auf die abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung des Operateurs) abzustellen, zumal dieses im



Übrigen auch wie erwähnt weitgehend mit demjenigen der ersten gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch das MGSG übereinstimmt.

4.

4.1 Das ZMB-Gutachten befasst sich namentlich auch mit den (im ersten Gutachten nicht enthaltenen) neurologischen und neurochirurgischen Aspekten des Leidens des Beschwerdeführers. Gemäss der neurologischen Expertise persistiert ein sensomotorischer Ausfall der Wurzel C5 links mit einer leichten Schulterabduktions- (oder Deltoideus-) Schwäche und einer Sensibilitätsstörung an der Aussenseite des linken Oberarms. Ausserdem persistiere residuell links ein sensomotorischer Ausfall der Wurzel L3, allenfalls auch L2. Relevant auch motorisch betroffen sei schwerpunktmässig das Segment L3. Es finde sich entsprechend eine Hüftadduktionsparese mit fehlendem Adduktorenreflex, ausserdem eine leichte Oberschenkelhypotrophie. Eine relevante radikuläre Reiz-, d.h. Schmerzsymptomatik liege nicht (mehr) vor. Die Beschwerden im Bereich der LWS seien besser durch klinisch und bildgebend zu erhebende Befunde zu erklären als jene im Bereich der HWS. Neurochirurgisch betrachtet wurden lumbal eine Neuropathie der Wurzeln L3 und L4 links und Instabilitätszeichen der LWS (zum grossen Teil erklärt durch eine Retrolisthese L2/3) mit Aufrichteschmerz gefunden. Cervikal bestünden ein vor allem rotationsabhängiges Cervikalsyndrom mit eingeschränkter Beweglichkeit und eine leichte Restparese der cervikalen Wurzeln C5 und C6 links mit M.-deltoideus- und M.-biceps-Parese. - Zusammenfassend wurde im ZMB-Gutachten festgehalten, die HWS-Problematik stehe im Vergleich zu jener im Bereich LWS im Hintergrund. Die betreffenden (HWS-)Schmerzangaben seien durch die objektivierbaren Befunde in ihrer Intensität nicht nachvollziehbar. Im Bereich der LWS stünden das eingestauchte und von der Listhese betroffene Segment L2/3 bzw. dessen Facetten bei der Schmerzerzeugung im Vordergrund, doch sei es mittlerweile zu einer weitgehenden Stabilisierung gekommen. Die diesbezüglich angegebenen Schmerzen seien durch objektivierbare Befunde erklärbar. - Auch in dieser letztgenannten Hinsicht stimmen die beiden gutachterlichen Beurteilungen im Wesentlichen wiederum überein, war im MGSG-Gutachten doch dargelegt worden, die lumbalen Schmerzen und pathologischen objektiven Befunde der LWS seien im Wesentlichen durch die im MRI



nachgewiesenen Schäden bedingt, das Ausmass der Nackenschmerzen und der abnormen Untersuchungsbefunde der HWS könne bei unauffälligem MRI dagegen nicht vollständig nachvollzogen werden.

4.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, die Ursache für die mangelnde Nachvollziehbarkeit seiner Schmerzangaben im Bereich der HWS könne, da Hinweise für eine Aggravation oder Simulation fehlten, nur eine psychische sein. Eine transparente Bewertung der Auffälligkeiten (Inkonsistenzen, Symptomausweitung, Selbstlimitierung) habe aber mangels psychiatrischer ZMB-Begutachtung bisher nicht stattgefunden.

4.3

4.3.1 Bei der allgemeinmedizinischen/internistischen wie der neurologischen ZMB-Untersuchung hatte der Beschwerdeführer gut kooperiert. Bei der orthopädischen Befund Schilderung wurde angegeben, es sei eine kooperative Anamneseschilderung erfolgt und es seien weder eine erkennbare Aggravierung noch eine übermässige Verdeutlichungstendenz festzustellen gewesen. Aufgrund der EFL wurden dann Umgang mit Schmerz, Leistungsbereitschaft und Konsistenz mit der Feststellung einer erheblichen Symptomausweitung bewertet. Gezeigt worden sei bei dieser Evaluation eine Belastbarkeit, die einer leichten Tätigkeit (mit Hantieren mit Lasten von bis zu 10 kg) entspreche. Anzunehmen sei aber eine solche für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (mit Hantieren mit Lasten von selten bis zu 15 kg) mit den Einschränkungen, dass beim Tragen rechts und links nur selten maximale Gewichte von 7.5 kg sowie Arbeiten über Schulterhöhe, Hockstellung und Kniebeugen gar nicht vorkommen sollen und keine Anforderungen ans Gleichgewicht gestellt werden dürfen. Die Annahme der Symptomausweitung wurde im EFL-Bericht (Anhang 1) begründet. Danach liess sich der Beschwerdeführer etwa im Problembereich nicht bis an eine beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze belasten und war seine Selbsteinschätzung im PACT-Test erheblich zu tief. Möglicherweise bildet Hintergrund eine Bewegungsängstlichkeit, wie sie der Gerichtsgutachter der Orthopädie festgestellt hat.

4.3.2 Für die Annahme, dass die Ursache der beschriebenen Diskrepanzen eine psychiatrische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sein könnte und der



Sachverhalt unter diesem Gesichtspunkt ungenügend abgeklärt wäre, gibt es keine Anhaltspunkte. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wurde im August 2011 in psychiatrischer Hinsicht vom MSGG fachärztlich begutachtet. Gemäss dem Gutachten vom September 2011 lagen damals seit etwa 10/2009 leichte Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion vor, welche ohne wesentlichen Krankheitswert seien und die Arbeitsfähigkeit nicht tangierten. Eine Beeinträchtigung der Schmerzverarbeitung und -bewältigung sei nicht anzunehmen. Der Beschwerdeführer verfüge über ausreichende Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen und diese seien, sofern sie organisch nicht begründbar seien, mit einer zumutbaren Willensanstrengung ausreichend überwindbar. Diese Beurteilung erscheint überzeugend. Dass unzutreffende Sachverhaltsvorstellungen des MSGG-Gutachters der Psychiatrie in Bezug auf die Anforderungen der angestammten Tätigkeit an den Beschwerdeführer den Beweiswert seiner Beurteilung entfallen lassen würden, ist nicht zu bestätigen. Seine Feststellung eines Beginns der leichten Störungen nach dem operativen Eingriff vom Oktober 2009 wurde zudem begründet; der Beginn korreliert danach nicht mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Dass ein abklärungsbedürftiges pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage vorgelegen hat, ist ebenfalls nicht anzunehmen. Des Weiteren kann nach der Aktenlage davon ausgegangen werden, dass auch bis zum massgeblichen Zeitpunkt vom April 2012 nicht noch ein relevanter psychiatrischer Gesundheitsschaden eingetreten ist, welcher eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt hätte. Die Gerichtsgutachter zeigten dem Gericht denn auch nach ihren Untersuchungen keinen entsprechenden Abklärungsbedarf an, anders als sie es für die Erforderlichkeit einer EFL getan haben. Dass sie allesamt selber keine Fachärzte der Psychiatrie sind, führt zu keiner anderen Würdigung. Von einer ergänzenden psychiatrischen Begutachtung sind keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten.

4.4 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, diverse Punkte seien gutachterlich noch nicht beantwortet worden. So seien Fragen offen zur Erforderlichkeit freier Einteilung der Arbeitszeit, eines wohlwollenden Vorgesetzten, von Pausen (Dauer der zumutbaren ununterbrochenen Arbeitszeit und der Pausen) und von gelegentlichen Positionen im Liegen während der Arbeitszeit. Zu klären sei, ob Einschränkungen der Arbeitsgeschwindigkeit oder Arbeitsproduktivität und der Kritik-, Team- und



Gruppenfähigkeit bestünden, ob die empfohlene Therapie eine Voraussetzung für die Umsetzung der Arbeitsfähigkeit sei, ob das Training als Selbsteingliederung möglich sei, und ob berufliche Eingliederungsmassnahmen zu empfehlen seien. Es sei ausserdem eine Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit bis zum erfolgreichen Abschluss der Rehabilitation und des Therapiebedarfs pro Woche einzuholen. Diese ergänzenden Abklärungen erübrigen sich. Gemäss dem Gutachten und der EFL ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei einer leidensadaptierten Tätigkeit zeitlich nicht eingeschränkt und ganztags möglich. Über die von den Gutachtern erwähnten Anforderungen an eine geeignete Tätigkeit hinaus sind keine weiteren Bedingungen mehr nötig. Es ist davon auszugehen, dass die Gutachter die bei der Begutachtung beim Beschwerdeführer vorgefundene (und nicht etwa eine erst künftig durch Massnahmen zu erreichende) Arbeitsfähigkeit eingeschätzt und die relevanten Fragen beantwortet haben. Die angepasste Tätigkeit haben sie als körperlich leichte beschrieben, die kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, keine inklinierten oder reklinierten sowie stark rotierten Körperhaltungen, keine Tätigkeiten mit den Armen oberhalb der Horizontalen und keine Hocken und Kniebeugen umfasst, und die abwechslungsweise sitzend, stehend und gehend ausgeübt werden kann.

4.5 Im Gerichtsgutachten wurden schliesslich die übrigen fachärztlichen Berichte und Stellungnahmen diskutiert und allfällige Differenzen zu ihnen wurden begründet. Das Ergebnis der EFL floss als eine der verschiedenen Erkenntnisquellen in die gesamthafte (polydisziplinäre) ärztliche Beurteilung ein. Bei dieser ärztlichen Gesamtbeurteilung wurden an eine adaptierte Tätigkeit des Beschwerdeführers um einiges höhere Anforderungen gestellt (beispielsweise wurde die Zumutbarkeit auf ein Hantieren mit geringeren Gewichten limitiert), als sie bei der EFL umschrieben worden waren. Auf das Ergebnis der Gerichtsbegutachtung, somit auf eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierter Tätigkeit, kann abgestellt werden.

5.

Da der Beschwerdeführer wie erwähnt im Oktober 2009 (bei Ablauf der einjährigen Wartezeit mit einer für eine ganze Rente ausreichenden durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit) voll arbeitsunfähig und damit ebenso erwerbsunfähig (und unfähig zu beruflichen Massnahmen; die



Beschwerdegegnerin hat denn auch am 21. Oktober 2009 - wie allerdings später wieder am 22. Juni 2011 - aus diesem Grund berufliche Massnahmen als nicht möglich erachtet) war, ist damals (ab 1. Oktober 2009) ein Anspruch auf eine ganze Rente entstanden. Die Anmeldung erfolgte hierfür rechtzeitig.

6.

6.1 Nach der Rekonvaleszenz war gemäss dem ZMB-Gutachten ab Januar 2010 wieder die volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erreicht worden. Auch für den Zeitpunkt der Verbesserung ist auf die Beurteilung durch das Gerichtsgutachten abzustellen. Zu prüfen ist, ob die Auswirkungen dieser Verbesserung des Gesundheitszustands ab Januar 2010 zu einer Rentenstufe führen. Denn im Fall einer rückwirkenden Rentenfestsetzung ist es unter Umständen notwendig, die Rente für verschiedene zurückliegende Zeitabschnitte nach Massgabe des jeweiligen Invaliditätsgrads unterschiedlich hoch zu bemessen (vgl. BGE 106 V 16; BGE 109 V 125).

6.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 16 ATSG ist das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S K. vom 23. März 2009, 8C\_515/08; BGE 129 V 222). Gemäss IK-Auszug hat der Beschwerdeführer zuletzt im Jahr 2007 ein Einkommen von Fr. 71'656.-- verdient. Dieser Betrag ist als Valideneinkommen 2007 zu betrachten. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer ohne



Gesundheitsschaden ein entsprechendes Einkommen jedenfalls (ob die Kündigung invaliditätsbedingt erfolgt sei oder nicht) weiterhin hätte erzielen können.

6.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte (Tabellenlöhne) beigezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, Bundesgerichtsentscheid i/S C. vom 19. Juni 2008, 9C\_81/2008). Der Beschwerdeführer hat keine Tätigkeit mehr aufgenommen. Zumutbar wären ihm allerdings körperlich leichte Tätigkeiten, die den im Gerichtsgutachten umschriebenen, oben wiedergegebenen Voraussetzungen entsprechen. Diese Voraussetzungen sind nicht so eingrenzend, dass ein ausgeglichener Arbeitsmarkt entsprechende Arbeitsmöglichkeiten nicht in genügender Zahl aufweisen würde. Es ist daher auf die Tabellenlöhne abzustellen. Das durchschnittliche Bruttoeinkommen von Männern für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im privaten Sektor lag im Jahr 2007 bei Fr. 60'167.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Gesetze und Verordnungen, 2012, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 234, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik).

6.4 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzugs ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen: BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Ob und gegebenenfalls in welcher Höhe ein Abzug von den Tabellenlöhnen angebracht ist, kann vorliegend unter dem Aspekt des Rentenanspruchs dahingestellt bleiben. Denn selbst beim Maximalabzug ergäbe sich ab dem Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustands mit der Folge voller Arbeitsfähigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr (Invalideneinkommen diesfalls Fr. 45'125.--, Invaliditätsgrad dann 37 %).



6.5 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung nach Art. 88a Abs. 1 IVV für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

6.6 Vorliegend hat demnach auf den 30. April 2010 (drei Monate nach Januar 2010) hin eine Aufhebung des Rentenanspruchs zu erfolgen. Für die Zeit danach war die Abweisung eines Rentenanspruchs rechtmässig. - Da die Beschwerdegegnerin bei diesen Gegebenheiten zu beruflichen Massnahmen nicht verpflichtet ist und der Beschwerdeführer, der solche beantragen kann, sich als nicht (Gerichtsgutachten S. 48) bzw. höchstens zu 25 % arbeitsfähig (EFL S. 2) betrachtet, erübrigen sich in diesem Verfahren weitere Ausführungen zu einem allenfalls möglichen Anspruch auf berufliche Massnahmen. Für Unterstützung bei der Suche nach einer Arbeitsstelle kann sich der Beschwerdeführer jederzeit bei der IV-Stelle anmelden.

7.

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 23. April 2012 gutzuheissen und ist dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Oktober 2009 bis 30. April 2010 eine ganze Rente zuzusprechen.

7.2 Der Beschwerdeführer, der die gesetzlichen Leistungen beantragt hat, hat mit der Aufhebung der Verfügung und der Zusprache einer befristeten Rente obsiegt. Bei diesem Verfahrensausgang ist für die Kostenfrage von einem vollen Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen. Daher sind die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG), gesamthaft der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 1'000.-- erscheint angesichts des infolge der Gerichtsbegutachtung erhöhten Aufwands als angemessen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.



## St.Galler Gerichte

7.3 Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten der Gerichtsbegutachtung zu tragen (vgl. Art. 45 Abs. 1 ATSG, Art. 78 Abs. 3 IVV, BGE 137 V 210 S. 265 f. E. 4.4.2). Diese belaufen sich auf Fr. 17'099.35.

7.4 Der Beschwerdeführer hat bei diesem Ausgang des Verfahrens gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Da es sich rechtfertigt, vorliegend von einem erhöhten erforderlichen Aufwand auszugehen, erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 23. April 2012 aufgehoben und dem Beschwerdeführer im Sinn der Erwägungen für die Zeit vom 1. Oktober 2009 bis 30. April 2010 eine ganze Rente zugesprochen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- zu bezahlen.

3.

Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten der gerichtlichen Begutachtung von Fr. 17'099.35 zu bezahlen.

5.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.