



**Fall-Nr.:** IV 2010/228  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.06.2020  
**Entscheiddatum:** 07.06.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.06.2012**

**Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 87 Abs. 2 IVV (in der bis 31. Dezember 2011 gültig  
gewesenen Fassung), Art. 88a Abs. 1 IVV. Rentenrevision in Bezug auf bei  
der erstmaligen rückwirkenden Festsetzung einer Rente bereits eingetretene  
Sachverhaltsänderungen (E. 1.4). Auf das angefochtene Gutachten kann  
abgestellt werden (E. 2). Einkommensvergleich. Insbesondere Teilzeitabzug  
für Männer (E. 3) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.  
Gallen vom 7. Juni 2012, IV 2010/228).**

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner,

a.o. Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

#### **Entscheid vom 7. Juni 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach,  
8887 Mels,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rentenrevision (Herabsetzung)

### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 4. Januar 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (act. G 4.1/1). Zuvor arbeitete er von Oktober 1989 bis November 2007 bei der B.\_\_\_\_ AG als Maschinenbediener in der Nachtschicht (act. G 4.1/15). Mit Arztbericht vom 5. Februar 2008 gab der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ an, der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit ab Januar 2007 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Auch andere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar. Der Zustand verschlechtere sich. Aus den miteingereichten medizinischen Unterlagen geht hervor, dass der Versicherte im Wesentlichen an einem metabolischen Syndrom bei Status nach lakunärem Hirninfarkt im Februar 2002 sowie an einem Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose ca. 1997, leidet (act. G 4.1/27). Gestützt auf eine Untersuchung des Kantonsspitals St. Gallen vom 13. Juli 2007 zu Händen der Krankenversicherung ging der RAD Ostschweiz in seiner Stellungnahme vom 11. Februar 2008 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer stressfreien, körperlich leichten Tätigkeit ohne Nachtarbeit - mit der Möglichkeit des Diabetesmanagements - aus (act. G 4.1/27.10 und 28).

Mit Vorbescheid vom 29. Februar 2008 teilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, er habe keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen (act. G 4.1/39). Mit einem weiteren Vorbescheid vom 5. März 2008 teilte sie ihm sodann mit, dass er bei Verwertung seiner verbleibenden Arbeitsfähigkeit lediglich eine Erwerbseinbusse von 4 % erleide und damit auch keinen Anspruch auf eine Rente habe (act. G 4.1/43). Gegen letzteren Vorbescheid erhob der damalige Rechtsvertreter des Versicherten am 18. April 2008 Einwand. Begründet wurde dieser im Wesentlichen damit, dass der Hausarzt von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit, der behandelnde Spezialarzt für Diabetologie, Dr. med. D.\_\_\_\_, von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Selbst Dr. E.\_\_\_\_ vom Kantonsspital St. Gallen habe nach



Installierung der Insulintherapie initial eine 50 %-Beschäftigung vorgeschlagen. Zudem leide der Beschwerdeführer unter psychischen und neurologischen Beschwerden, die ebenfalls einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Somit könne der Versicherte keinesfalls das veranschlagte Einkommen erzielen (act. G 4.1/47). Mit Verfügung vom 8. Mai 2008 wies die Sozialversicherungsanstalt das Gesuch um berufliche Massnahmen ab (act. G 4.1/49). In Bezug auf den Rentenanspruch holte die Sozialversicherungsanstalt einen weiteren Arztbericht beim Psychiatrie-Zentrum F.\_\_\_\_ ein, das in psychiatrischer Hinsicht rezidivierende depressive Episoden, zur Zeit mittelschwere depressive Episode (F32.1), diagnostizierte und davon ausgeht, dass in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne Überforderung grundsätzlich eine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Wie eine geeignete Tätigkeit aussehen könnte, sei abzuklären (Arztbericht/Beiblatt vom 2. Juni 2008 [act. G 4.1/52]). Mit Stellungnahme vom 4. August 2008 ging der RAD nunmehr von einer unklaren Situation aus und empfahl eine MEDAS-Begutachtung (act. G 4.1/53.2). Am 23. Januar 2009 erstattete die MEDAS Ostschweiz ein polydisziplinäres Gutachten (internistisch/psychiatrisch/neurologisch). Darin wurden chronische Spannungskopfschmerzen, ein cervikales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung und degenerativen HWS-Veränderungen, eine residuelle sensomotorische Hemiparese links nach rechtshemisphärischem ischämischem cerebro-vaskulärem Insult 02/2002 und cerebraler Makro- und Mikroangiopathie beidseits sowie eine psychogene Überlagerung der multiplen körperlichen Erkrankungen diagnostiziert. Ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden sodann im Wesentlichen der Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom, ein Diabetes mellitus Typ 2, sekundär insulinpflichtig, eine arterielle Hypertonie sowie ein PAVK Stadium IIa rechts (periphere arterielle Verschlusskrankheit) diagnostiziert. Für die ursprüngliche Tätigkeit in der Nachtschicht liege eine Nichteignungsverfügung vor, die auch neurologischer-, kardiologischer-, endokrinologischer- und psychiatrischerseits bestätigt worden sei. Aktuell sei auf Grund des unbefriedigend eingestellten insulinpflichtigen Diabetes mellitus und der arteriellen Hypertonie zum Untersuchungszeitpunkt von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Aus psychiatrischer und neurologischer Sicht liege für körperlich nicht belastende Tätigkeiten eine Einschränkung von maximal 50 % vor. Zusätzlich sei aus somatischer Sicht zu beachten, dass der Diabetes mellitus und die Hypertonie qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mit sich brächten, indem



genügend Zeit für das Diabetes-Management eingeplant werden sollte und Tätigkeiten unter Dauerstress nicht empfohlen werden könnten. Nach optimiertem metabolischem und kardiovaskulärem Risikomanagement werde von einer um rund 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit unter Beachtung der aufgeführten qualitativen Einschränkungen ausgegangen. Der Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit Dezember 2006 (letzter effektiver Arbeitstag: 11. Dezember 2006), wobei zunächst Zeiten vollständiger Arbeitsunfähigkeit (u.a. stationäre Aufenthalte, ambulante Diabetes-Einstellungsversuche) zu berücksichtigen seien (act. G 4.1/62.16 ff.). In der Folge holte die Sozialversicherungsanstalt weitere Arztberichte beim Spital G.\_\_\_\_ und bei der Klinik H.\_\_\_\_ ein, wo der Versicherte die von der MEDAS empfohlene stationäre Einstellung von Diabetes und Blutdruck bzw. eine Detonisierung und Rekonditionierung sowie Haltungsverbesserung durchführte. Das Spital G.\_\_\_\_ attestierte am 18. März 2009, dass sowohl der Diabetes wie auch der Blutdruck bei Austritt gut eingestellt seien (act. G 4.1/66). Auch die Klinik H.\_\_\_\_ bestätigte am 21. April 2009 eine gewisse Verbesserung von Muskelkraft und Ausdauer, so dass der Versicherte am 30. März 2009 in gutem Allgemeinzustand habe nach Hause entlassen werden können (act. G 4.1/69).

A.b Nachdem der RAD die im MEDAS-Gutachten formulierten Bedingungen für eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit als erfüllt betrachtet hatte, teilte die Sozialversicherungsanstalt dem Versicherten mit neuerlichem Vorbescheid vom 16. Juni 2009 mit, er habe ab dem 1. Dezember 2007 Anspruch auf eine ganze, ab dem 1. Juli 2009 auf eine halbe Rente (act. G 4.1/76). Mit Einwand vom 17. August 2009 machte der damalige Rechtsvertreter des Versicherten im Wesentlichen geltend, dass die Blutzuckerwerte nach der Spitalentlassung unter normalen Bedingungen völlig unzureichend seien. Davon ging auch Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Verlaufsbericht vom 8. September 2009 aus (act. G 4.1/77 und 85.1 f.). Dr. D.\_\_\_\_, der den Versicherten allerdings am 14. Juli 2008 das letzte Mal gesehen hatte, ging in seinem Bericht vom 14. Oktober 2009 davon aus, dass durch die Optimierung der Blutzuckerwerte die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit verbessert werden könne, so dass eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit möglich erscheine (act. G 4.1/87.2). Das Psychiatrie-Zentrum F.\_\_\_\_ ging in seinem Verlaufsbericht vom 22. Februar 2010 von einer unveränderten Situation aus und wies darauf hin, dass die psychische Problematik für die Arbeitsfähigkeit eine untergeordnete Rolle spiele (act. G 4.1/94.1). Nachdem der RAD die Voraussetzungen



## St.Galler Gerichte

für eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit mit Stellungnahme vom 18. März 2010 erneut als erfüllt betrachtet hatte, verfügte die Sozialversicherungsanstalt im angekündigten Sinn (Verfügungen vom 28. April 2010 [act. G 4.1/99 und 100]).

B.

B.a Die vorliegende Beschwerde vom 27. Mai 2010 richtet sich gegen die zweite Verfügung, mit welcher der Anspruch auf eine halbe Rente ab dem 1. Juli 2009 festgelegt wurde. Nicht angefochten wird dagegen die erste Verfügung, mit welcher dem Beschwerdeführer eine ganze Rente ab dem 1. Dezember 2007 zugesprochen wurde. Der Beschwerdeführer beantragt sodann, es sei ihm ab 1. Juli 2009 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Das Gutachten, auf das sich die Beschwerdegegnerin stütze, erfülle die Anforderungen nur teilweise. So setze sich der psychiatrische Gutachter nicht mit dem Bericht des Psychiatrie-Zentrums F.\_\_\_\_ auseinander. Insbesondere nehme er zu den abweichenden Diagnosen keine Stellung. Weiter fehlten die Erkenntnisse aus den Aufenthalten im Spital G.\_\_\_\_ und in der Klinik H.\_\_\_\_ sowie aus der Untersuchung (des Schlafapnoesyndroms) bei Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin und Pneumologie. Offen geblieben sei insbesondere, ob Diabetes und Hypertonie nun optimal eingestellt seien, was gemäss Angaben des Hausarztes nicht der Fall sei. Im Weiteren wird der Einkommensvergleich bemängelt (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 3. August 2010 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Aus dem Bericht des Spitals G.\_\_\_\_ gehe hervor, dass die Bedingung der optimal eingestellten Diabetes und Hypertonie erfüllt sei. Demnach könne ab März 2009 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden. Das Psychiatrie-Zentrum gehe sodann davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zum grössten Teil somatische Ursachen habe. Das von Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierte leichte obstruktive Schlafapnoesyndrom schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein, zumal dieses Leiden gut therapiert werden könne. Der Austrittsbericht der Klinik H.\_\_\_\_ enthalte schliesslich keine neuen invalidisierenden Diagnosen, weshalb der Beschwerdeführer aus den erwähnten Arztberichten nichts zu seinen Gunsten ableiten könne. Auch sei der Einkommensvergleich korrekt erfolgt (act. G 4).

### Erwägungen:



1.

1.1 Vorliegend ist nur die Verfügung vom 28. April 2010 betreffend den Zeitraum ab dem 1. Juli 2009 angefochten. Die andere Verfügung gleichen Datums, den Zeitraum vom 1. Dezember 2007 bis zum 30. Juni 2009 betreffend, ist dagegen nicht angefochten. Nach der Rechtsprechung ist trotzdem der ganze Zeitraum ab 1. Dezember 2007 in die Beurteilung miteinzubeziehen, da materiell ein einziges Rechtsverhältnis vorliegt (BGE 131 V 165 f. E. 2.2 f.; BGE 125 V 418 E. 2d).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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. Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte



Gutachten von externen oder internen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 f. E. 3b/bb und 3b/ee).

1.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Eine Revision von Amtes wegen wird unter anderem durchgeführt, wenn Tatsachen bekannt werden, die eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades als möglich erscheinen lassen (Art. 87 Abs. 2 IVV [in der bis 31. Dezember 2011 gültig gewesenen Fassung; heute: Art. 87 Abs. 1 lit. b IVV]). Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Anlass zur Rentenrevision gibt somit jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts stellt dagegen praxisgemäss keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 203). Ob eine revisionsbegründende Änderung eingetreten ist, beurteilt sich nach neuerer Rechtsprechung durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten (der versicherten Person eröffneten) rechtskräftigen Verfügung bestand, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Neubeurteilung (BGE 130 V 351 E. 3.5.2; BGE 125 V 369 E. 2). Sodann werden auch bei der erstmaligen rückwirkenden Festsetzung einer Rente bereits eingetretene Sachverhaltsänderungen, die zu einer Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung des Rentenanspruchs führen, berücksichtigt. Auch diese rückwirkende (abgestufte und/oder befristete) Rentenzusprache wird von der Praxis dem Revisionsrecht nach Art. 17 ATSG



unterworfen (Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Aufl., S. 373, mit Hinweis auf BGE 131 V 164 und 125 V 413). Dabei ist auch die Bestimmung des Art. 88a Abs. 1 IVV analog anzuwenden (Entscheid des Bundesgerichts vom 5. Mai 2011 [9C\_996/2010] E. 8).

2.

Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, es könne in psychiatrischer Hinsicht nicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden. So setze sich der Teilgutachter nicht mit dem Bericht des Psychiatriezentrums Süd auseinander. Insbesondere nehme er zu den abweichenden Diagnosen keine Stellung. Diesbezüglich diagnostizierte das Psychiatrie-Zentrum F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2. Juni 2008 rezidivierende depressive Episoden, zur Zeit mittelschwere depressive Episode (F32.1 [act. G 4.1/52.1]). Demgegenüber geht der psychiatrische Gutachter von einer psychogenen Überlagerung (F54) der multiplen körperlichen Erkrankungen des Beschwerdeführers, insbesondere mit Symptomen wie Verstimmungen und furchtvoller Erwartung gegenüber der Entwicklung der Krankheit aus. Ausserdem bestehe eine Entwicklung von körperlichen Symptomen aus psychischen Gründen (F68.0). Zwar äussert sich der psychiatrische Gutachter tatsächlich nicht zu der von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnose. Indessen gehen auch letztere nicht davon aus, dass die von ihnen diagnostizierte Depression zu einer massgebenden Reduktion der Arbeitsfähigkeit - zumindest nicht über das vom psychiatrischen Gutachter anerkannte Ausmass von 20 % hinaus - führt. Vielmehr gehen auch sie davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen durch die zahlreichen somatischen Beschwerden eingeschränkt wird. Zudem gehen sie davon aus, dass eine sichere Tagesstrukturierung (wohl durch eine Arbeit) zu einem deutlichen Rückgang der depressiven Symptomatik beitragen und die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erhöhen könnte (act. G 4.1/52.2). In seinem Bericht vom 22. Februar 2010 weist das Psychiatrie-Zentrum F.\_\_\_\_ nochmals darauf hin, dass die psychische Problematik bei der Arbeitsfähigkeit eine untergeordnete Rolle spiele und erachtet eine Wiedereingliederung in den normalen Arbeitsalltag auf Grund der somatischen Vorerkrankung des Beschwerdeführers als fragwürdig (act. G 4.1/94.3 f.). Es liegen somit keine psychiatrischen Beurteilungen von behandelnden Ärzten vor, die geeignet wären, die Feststellungen des Gutachters zu erschüttern, weshalb darauf abzustellen ist. Ebenso liegen keine weiteren Berichte in neurologischer Hinsicht vor.



## St.Galler Gerichte

Von der vom früheren Rechtsvertreter im Einwand vom 17. August 2009 angekündigten neurologischen Abklärung wurde schliesslich abgesehen, da von einer solchen keine zusätzlichen Erkenntnisse mehr zu erwarten seien (act. G 4.1/77.3, 89 und 90).

2.2 Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, das Gutachten sei teilweise nicht mehr aktuell. So fehlten Erkenntnisse aus dem Aufenthalt im Spital G.\_\_\_, aus der Rehaklinik H.\_\_\_ sowie aus der Untersuchung bei Dr. I.\_\_\_. Insbesondere sei offen geblieben, ob Diabetes und Hypertonie nun optimal eingestellt seien. Nach Angaben des Hausarztes sei dies nicht der Fall.

Im Nachgang zum Gutachten liess sich der Beschwerdeführer vom 23. Februar bis zum 10. März 2009 im Spital G.\_\_\_ wegen seinem Diabetes behandeln. Neben einem Diabetes mellitus Typ 2 stellte das Spital G.\_\_\_ die weiteren behandlungsrelevanten Diagnosen eines Status nach cerebrovaskulärem Insult mit sensomotorischem Hemisyndrom links 02/2008, einer Periarthrosis humeroscapularis calcarea, eines chronischen zervikobrachialen Schmerzsyndroms links, einer arteriellen Hypertonie, einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit Stadium I beidseits (PAVK), einer Hypercholesterinämie, eines leicht bis mittelschweren obstruktiven Schlafapnoesyndroms sowie eines Verdachts auf chronische Bronchitis. In Bezug auf die Behandlung des Diabetes führte das Spital G.\_\_\_ in seinem Austrittsbericht vom 18. März 2009 aus, unter Steigerung der oralen Antidiabetika und ohne Insulin hätten sich nunmehr lediglich postprandial erhöhte Blutzuckerwerte gefunden, die Nüchtern-Blutzuckerwerte hätten sich im normoglykämischen Bereich bewegt. Zudem sei im Beisein der Ehefrau und des Sohnes des Beschwerdeführers eine Ernährungsberatung durchgeführt worden. In der Folge sei lediglich eine Therapie mittels oraler Antidiabetika erforderlich gewesen. Auf ein Nachspritzschema sei zum jetzigen Zeitpunkt verzichtet worden. In Bezug auf die Hypertonie führte das Spital G.\_\_\_ aus, die Blutdruckwerte hätten sich während der Hospitalisation unter der bereits vorhandenen Therapie im Normbereich bewegt. In Bezug auf die PAVK sei der Beschwerdeführer seit PTA (perkutane transluminale **Angioplastie**) und Stenting beschwerdefrei (act. G 4.1/66.1 f. ). In seinem Bericht vom 20. März 2009 an die Beschwerdegegnerin führte das Spital G.\_\_\_ aus, dass im Rahmen des stationären Aufenthalts eine Optimierung des metabolischen und kardiovaskulären Risikos habe erreicht werden können. Der Diabetes sei momentan mittels oraler Antidiabetika gut



## St.Galler Gerichte

eingestellt. Zum jetzigen Zeitpunkt sei ein Nachspritzschema nicht nötig. Auch die Blutdruckwerte seien im Normbereich, so dass von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (act. G 4.1/66.6).

Im Anschluss an den Aufenthalt im Spital G.\_\_\_\_ absolvierte der Beschwerdeführer vom 10. bis 30. März 2009 einen stationären Aufenthalt in der Klinik H.\_\_\_\_ zwecks Detonisierung und Rekonditionierung sowie zur Haltungsverbesserung bei Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform. Die Klinik H.\_\_\_\_ führte im Wesentlichen dieselben Diagnosen auf wie das Spital G.\_\_\_\_, betonte aber ein chronisches zervikobrachiales Syndrom links bei ausgeprägten degenerativen Wirbelsäulenveränderungen im Bereich der Halswirbelsäule sowie ausgeprägten muskulären Dysbalancen mit Myogelosen. Die Klinik H.\_\_\_\_ führt weiter aus, dass die Muskelkraft und die allgemeine Ausdauer durch das intensive und aktiv geführte Therapieprogramm habe verbessert werden können. Die Mobilität der Schulter und des Nackens habe leicht verbessert werden können. Das Gehen in verschiedenem Gelände sei ohne Schmerzen möglich und die Blutdruckwerte hätten sich zufriedenstellend präsentiert. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Neurologisch habe sich eine diskrete Hemisymptomatik links gefunden, wobei die Sensibilität auf der gesamten linken Körperseite diffus vermindert sei im Sinn einer Hyposensibilität (act. G 4.1/69.1 f.). Aus dem Austrittsbericht der Physiotherapie Rheumatologie vom 8. April 2009 geht zudem hervor, dass die Kraft der Armmuskulatur links etwas habe verbessert werden können. Es liege auch eine verbesserte Mobilität glenohumeral und der Halswirbelsäule vor. Der Beschwerdeführer müsse aber immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, dass die linke Hand als Halte- oder Dienerhand eingesetzt werden könne (act. G 4.1/69.5).

2.3 Aus einem Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2009 geht schliesslich hervor, dass beim Beschwerdeführer ein leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom, in Rückenlage mittelschwer, vorliege. Eine therapeutische Intervention im Sinn eines CPAP-Trials sei indiziert, zumal der Beschwerdeführer symptomatisch sei (act. G 4.1/71). Aus einem weiteren Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2009 geht hervor, dass via Lungenliga eine CPAP-Einschulung stattfinden solle. Hinweise auf andere



Schlafstörungen lägen nicht vor (act. G 4.1/85.10). Mit der Beschwerdegegnerin ist somit von der Behandelbarkeit dieses Leidens auszugehen.

Schliesslich verlangte die Beschwerdegegnerin einen Verlaufsbericht beim Diabetologen Dr. D.\_\_\_\_ ein. Dieser führte in seinem Bericht vom 14. Oktober 2009 aus, er habe den Beschwerdeführer bis 14. Juli 2008 behandelt. Dabei geht er davon aus, dass sogar die bisherige Tätigkeit noch im Umfang von 50 % zumutbar wäre. Durch eine optimale Einstellung des Diabetes mellitus Typ 2 liessen sich die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit verringern, was allerdings eine deutlich verbesserte Mitarbeit und Selbstverantwortung des Beschwerdeführers voraussetzen würde. Durch eine Optimierung der Blutzuckerwerte könne sowohl die körperliche als auch die geistige Leistungsfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer verbessert werden, sodass eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit als möglich erscheine (act. G 4.1/87.2). Zwar kann Dr. D.\_\_\_\_ damit keine aktuellen Angaben liefern. Indessen befindet sich der Beschwerdeführer nach Behandlungsende bei Dr. D.\_\_\_\_ soweit ersichtlich nicht mehr in spezialärztlicher diabetologischer/endokrinologischer Behandlung. Eine entsprechende Nachfrage beim Hausarzt verlief ebenfalls ergebnislos (act. G 4.1/92). Entgegen den Ausführungen des früheren Rechtsvertreters in dessen Einwand vom 17. August 2009 (act. G 4.1/77.2) hat Dr. D.\_\_\_\_ somit keine Verschlechterung der Blutzuckerwerte nach der Entlassung des Beschwerdeführers aus dem Spital G.\_\_\_\_ festgestellt. Daran vermag schliesslich auch die andere Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 8. September 2009 nichts zu ändern, hält doch dieser Arzt an seiner bereits vor Erstattung des Gutachtens geäusserten Ansicht fest, wonach der Beschwerdeführer - namentlich wegen des seiner Ansicht nach ungenügend eingestellten Diabetes - in sämtlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. act. G 4.1/27.1 ff.). Im Übrigen geht Dr. C.\_\_\_\_ von einem HbA1c-Wert von 8,1 % aus (act. G 4.1/85.3). Ein Wert im 8 %-Bereich führt nach Ansicht von Dr. med. D. Kappeler, Endokrinologie/Diabetologie FMH, zu keiner relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. G 4.1/87.13). Dieser Wert hat sich somit seit der Beurteilung durch Dr. Kappeler im Februar 2008 auch nicht massgeblich verschlechtert. Ausserdem mass Dr. D.\_\_\_\_ im Juli 2008 (bei Behandlungsende) einen HbA1c-Wert von 12,5 % und ging trotzdem von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit selbst in der angestammten Tätigkeit aus. Dr. D.\_\_\_\_ vermutete für diesen markanten Anstieg eine mangelhafte Compliance des Beschwerdeführers (act. G 4.1/87.1 f. und 87.11). Wie sich im Spital G.\_\_\_\_



herausstellte, hatte sich der Beschwerdeführer das Insulin aber offenbar mit einer falschen Spritztechnik nur partiell bis gar nicht appliziert (act. G 4.1/66.2).

2.4 Zusammenfassend liegen damit weder aus neurologischer, rheumatologischer, psychiatrischer, pneumologischer noch aus diabetologischer Sicht Hinweise auf eine nach Erstellung des Gutachtens eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands vor. Das Gutachten erscheint damit vollständig und leuchtet in seiner Schlussfolgerung ein. Sodann ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die im Gutachten geforderten Bedingungen eines optimierten metabolischen und kardio-vaskulären Risikomanagements nach der stationären Behandlung im Spital G.\_\_\_\_ und in der Klinik H.\_\_\_\_ nunmehr erfüllt sind und dem Beschwerdeführer die Ausübung einer adaptierten Tätigkeit im Umfang von 50 % möglich ist. Dies unter Berücksichtigung der im Gutachten genannten Einschränkungen (körperlich leichte Tätigkeit, keine Nachtarbeit, kein Dauerstress, mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen zwecks Diabetesmanagement).

3.

3.1 Als Nächstes beanstandet der Beschwerdeführer den Einkommensvergleich. So sei die Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen von Fr. 66'552.-- ausgegangen. Effektiv habe der Beschwerdeführer im Jahr 2005 jedoch ein Einkommen von Fr. 68'454.-- und im Jahr 2006 ein solches von Fr. 70'627.-- erzielt. Auch bei der Pensionskasse sei im Jahr 2006 ein massgebender Bruttolohn von Fr. 69'200.-- gemeldet gewesen. Das Valideneinkommen belaufe sich damit auf rund Fr. 70'000.--. Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass die geklagten Beschwerden im Dezember 2006 invalidisierend wurden. Im Jahr 2006 erzielte der Beschwerdeführer gemäss IK-Auszug einen massgebenden Lohn von Fr. 65'500.-- (act. G 4.1/11.2). Gemäss Lohnausweis erzielte er einen Bruttolohn von Fr. 70'627.--, wobei in diesem Betrag auch Kinderzulagen in Höhe von Fr. 2'280.-- sowie Taggelder aus Versicherung von Fr. 2'546.-- enthalten waren (act. G 4.1/15.9). Mindestens die Kinderzulagen sind vom massgebenden Einkommen abzuziehen, sodass für 2006 von einem Bruttoeinkommen von Fr. 68'347.-- auszugehen ist. Im Jahr 2005 erzielte der Beschwerdeführer gemäss IK-Auszug ein massgebendes Einkommen von Fr. 65'893.-- (act. G 4.1/11.2). Gemäss Lohnausweis erzielte er 2005 einen Bruttolohn von



Fr. 68'454.--, wobei Kinderzulagen in Höhe von Fr. 2'260.-- enthalten waren (act. G 4.1/15.10). Es ist damit von einem effektiven Bruttolohn von Fr. 66'194.-- auszugehen. Der Vorsorgeausweis weist sodann per 1. Dezember 2007 einen massgebenden Beitragslohn von Fr. 69'200.-- aus (act. G 4.1/2.1). Geht man vom Durchschnitt des effektiv erzielten Lohns der Jahre 2005 und 2006 aus, ergibt sich ein Bruttolohn von Fr. 67'271.-- ( $[(\text{Fr. } 66'194.-- + \text{Fr. } 68'347.--)] : 2$ ). Es rechtfertigt sich, das Valideneinkommen auf Fr. 67'271.-- festzusetzen.

3.2 Beim Invalideneinkommen ging die Beschwerdegegnerin von einem Einkommen von Fr. 29'599.-- aus. Dabei ging sie von der Lohnstrukturerhebung 2006 aus (Privater Sektor, Niveau 4, Männer, betriebsübliche Arbeitszeit, Fr. 59'197.-- x 50 % [act. G 4.1/73.1]). In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. August 2010 führte die Beschwerdegegnerin sodann aus, der Beschwerdeführer könne seine Arbeitsfähigkeit in einer Vollzeittätigkeit mit verminderter Leistung verwerten, weshalb kein Teilzeitabzug geschuldet sei (act. G 4 Ziff. III. 4). Demgegenüber beantragt der Beschwerdeführer, es sei ein zusätzlicher Abzug vorzunehmen, da ihm nur noch die Ausübung einer Teilzeittätigkeit möglich sei und er andererseits auch qualitative Einschränkungen erleide. So könne er die linke Hand nur noch als Halte- oder Zudienerhand benützen. Weiter müsse die Tätigkeit stressfrei sein und genügend Zeit für das Diabetesmanagement zulassen.

Aus dem Gutachten ergibt sich zwar nicht direkt, welchen zeitlichen Aufwand der Beschwerdeführer für die Erbringung der 50 %igen Leistung benötigt. Indessen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer dafür mehr als 50 % Zeit (eines Vollzeitpensums) braucht, der Beschwerdeführer also länger braucht als ein gesunder Arbeitnehmer, der die gleiche Leistung erbringt. Dies ergibt sich einerseits daraus, dass dem Beschwerdeführer gemäss Gutachten kein zu grosser Stress (kein Dauerstress) aufgebürdet werden darf, er also eher langsam arbeitet. Zum anderen braucht er gemäss Gutachten genügend Zeit für sein Diabetesmanagement. Wenn dies auch nicht explizit erklärt wird, so kann dieses Erfordernis nur dahingehend verstanden werden, dass er diese Zeit zusätzlich zur eigentlichen Arbeitszeit braucht, etwa in Form von vermehrten Pausen. Andernfalls könnte er entweder in einem 50 %-Pensum keine 50 %-Leistung erbringen oder aber er müsste während der restlichen Zeit schneller arbeiten als ein Gesunder, was wie gesagt unwahrscheinlich ist. Das Gutachten ist also



dahingehend zu interpretieren, dass der Beschwerdeführer für die Erbringung seiner 50 %-Leistung mehr als 50 % Zeit (eines Vollpensums) braucht. Dies steht zwar in einem gewissen Widerspruch zu den Angaben von Dr. D.\_\_\_\_. Der Diabetologe ging in seinem Bericht vom 14. Oktober 2009 davon aus, dass der Beschwerdeführer sowohl eine zeitliche als auch eine leistungsmässige Einschränkung von 50 % aufweist, er also in einem 50 %-Pensum eine volle Leistung erbringt (act. G 4.1/87.3). Diese Ansicht ist jedoch nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachtens in Frage zu stellen. Abgesehen davon, dass die Diskrepanz ohnehin klein ist, leuchtet die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Diabetesexperten nicht mehr ein als jene der Gutachter, ist doch nicht einzusehen, weshalb das Diabetesmanagement keine Zeit beanspruchen sollte. Zum anderen endete die Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ bereits im Juli 2008, also rund ein halbes Jahr vor Erstattung des Gutachtens, sodass die Angaben von Dr. D.\_\_\_\_ schon aus diesem Grund nicht mehr Gewicht haben können als jene des Gutachtens.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann indessen nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, der Beschwerdeführer könne (nur) in einem Vollzeitpensum arbeiten, weshalb von vornherein kein Anspruch auf einen Teilzeitabzug bestehe. Vielmehr dürfte dieses Pensum vorliegend zwar grösser als 50 %, aber deutlich kleiner als 100 % sein, ist doch nicht davon auszugehen, dass das Diabetesmanagement gleich viel Zeit in Anspruch nimmt, wie die Arbeitstätigkeit. Damit steht dem Beschwerdeführer grundsätzlich ein Teilzeitabzug zu. Diese Auffassung steht nicht im Widerspruch zur bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass kein Teilzeitabzug geschuldet ist, wenn eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist (jüngst bestätigt in Urteil 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 mit Hinweisen auf 8C\_939/2011 vom 13. Februar 2012 E. 5.2.3 und 9C\_582/2011 vom 3. November 2011 E. 3.1). Diese Rechtsprechung kann sich grundsätzlich nur auf Fälle beziehen, in denen eine Einschränkung der zeitlichen Verfügbarkeit von vornherein keine wesentliche Rolle spielt. Indessen wäre es widersinnig anzunehmen, eine Person mit einer relativ geringen Leistungsfähigkeit von 50 % könne oder müsse dieses Pensum über den ganzen Tag verteilen und habe damit keinen Teilzeitstatus. Entgegen der Konstellation etwa im Entscheid 8C\_379/2011 vom 26. August 2011 E. 4.2.3 ist beim Beschwerdeführer nicht davon



## St.Galler Gerichte

auszugehen, es bestehe grundsätzlich eine ganztägige Einsatzmöglichkeit. Vielmehr besteht grundsätzlich eine halbtägige Einsatzmöglichkeit. Daran ändert auch nichts, wenn der Beschwerdeführer für dieses halbe Pensum etwas länger brauchen sollte. Anders als im Entscheid 8C\_939/2011 vom 13. Februar 2012 E. 5.2.3 wurde sodann dem Beschwerdeführer gerade eine vermehrte Pausenbedürftigkeit zwecks Diabetesmanagement attestiert (act. G 4.1/62.19 f.). Dem Beschwerdeführer steht damit unter dem Titel Beschäftigungsgrad ein Abzug zu.

Im Weiteren macht die Beschwerdegegnerin geltend, die körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers seien in der Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachtens von 50 % "bereits grosszügig berücksichtigt" worden, weshalb auch aus diesem Grund kein weiterer Abzug mehr möglich sei. Mit dem Beschwerdeführer ist jedoch festzustellen, dass das Gutachten den verbleibenden Tätigkeitsbereich des Beschwerdeführers relativ stark einschränkt, indem es zahlreiche Einschränkungen aufführt, damit eine Tätigkeit als adaptiert gelten könne. So dürfe diese keinen Zeitdruck, keine Fließbandarbeit und keine körperlich belastenden Tätigkeiten enthalten (act. G 4.1/62.20 f.). Der Beschwerdeführer ist damit weniger flexibel einsetzbar als ein Gesunder, was ebenfalls einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt. Unter Berücksichtigung aller Umstände rechtfertigt sich somit ein Abzug vom Tabellenlohn von 15 %. Das Invalideneinkommen beträgt damit Fr. 25'159.-- (Fr. 59'197.-- x 50 % x 85 %). Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 67'271.-- ergibt sich eine Lohneinbusse von Fr. 42'112.-- oder 62,6 % ( $(\text{Fr. } 67'271.-- - \text{Fr. } 25'159.--) : \text{Fr. } 67'271.-- \times 100$ ). Damit besteht antragsgemäss ein Anspruch auf eine Dreiviertelrente.

3.3 Die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit besteht seit Dezember 2006 (act. G 4.1/62.21). Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht den Anspruchsbeginn auf eine ganze Rente auf den 1. Dezember 2007 festgelegt (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung). Sodann ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die von den Gutachtern gestellten Anforderungen an die Einstellung von Diabetes und Blutdruck nach der Entlassung aus der Klinik H.\_\_\_\_ am 30. März 2009 erfüllt waren. Der Beschwerdeführer hat damit nach Ablauf von drei Monaten ab dem 1. Juli 2009 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).



4.

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die angefochtene Verfügung vom 28. April 2010 betreffend den Zeitraum vom 1. Dezember 2007 bis zum 30. Juni 2009 zu bestätigen. Die Verfügung gleichen Datums betreffend den Zeitraum ab dem 1. Juli 2009 ist demgegenüber aufzuheben und dem Beschwerdeführer eine Dreiviertelsrente zuzusprechen.

4.2 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 angemessen. Mit Blick auf das Obsiegen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird dem Beschwerdeführer unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2010 ab dem 1. Juli 2009 eine Dreiviertelsrente zugesprochen. Die Verfügung vom 28. April 2010 betreffend ganze Rente für den Zeitraum vom 1. Dezember 2007 bis zum 30. Juni 2009 wird bestätigt.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.



3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.