



**Fall-Nr.:** IV 2011/119  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.05.2013  
**Entscheiddatum:** 14.05.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.05.2013**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Bidisziplinäres Gutachten beweiskräftig. Keine weiteren Abklärungen angezeigt (antizipierte Beweiswürdigung) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Mai 2013, IV 2011/119). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2013.**

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Sibylle Betschart

#### **Entscheid vom 14. Mai 2013**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Haus Eden, Paradiesweg 2, Postfach, 9410 Heiden,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A. \_\_\_ meldete sich am 23. September 2008 aufgrund von Schmerzen in Nacken, Wirbelsäule, Schulter und Schulterblatt, Achsel und Oberarm sowie Einschlafen der Hände und vorwiegend der kleinen Finger links und rechts zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1-1 ff.).

A.b In einem Frühinterventions-Gesprächsprotokoll vom 15. Oktober 2008 führte Dr. med. B. \_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung nach einem am 14. Oktober 2008 geführten Telefongespräch mit der behandelnden Ärztin Dr. med. C. \_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, aus, die Diagnose eines unklaren Schmerzsyndroms bei differentialdiagnostisch neuropathischem Schmerzsyndrom, bei HLA B27-positivem Spondylarthropathie (sei überhaupt nicht sicher), bei intrascapulären zum Teil brennenden, zum Teil mechanischen Schmerzen sowie bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung (sei eher unwahrscheinlich, da weder emotionale noch psychosoziale Konflikte bekannt), bestehend seit einem Jahr, beeinträchtigt die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Dr. C. \_\_\_ unterzeichnete das Protokoll am 27. Oktober 2008 (IV-act. 18-1 f.).

A.c Mit Schreiben vom 9. Dezember 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, aufgrund seiner subjektiven Arbeitsunfähigkeit würden Eingliederungsbemühungen keinen Sinn machen. Daher sei eine Arbeitsvermittlung zurzeit nicht möglich (IV-act. 22-1 f.).

A.d Am 7. Januar 2009 erstattete die Rehabilitationsklinik Valens, in welcher sich der Versicherte vom 20. November bis 18. Dezember 2008 stationär aufgehalten hatte, einen Austrittsbericht. Darin wurden als Diagnosen ein chronisches myofaszielles Schmerzsyndrom, ein leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits sowie eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Reaktion genannt. Die behandelnde Ärzte führten



## St.Galler Gerichte

aus, dass ab 19. Dezember 2008 ein Arbeitswiedereinstieg von 50 % geplant sei; ab 5. Januar 2009 sei eine sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis 75 % und ab 19. Januar 2009 eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit für eine mittelschwere Arbeit mit vermehrten Pausen im Ausmass von maximal einer Stunde pro Tag (10-15 %ige Leistungsfähigkeitseinbusse) zumutbar (IV-act. 29-13 ff.).

A.e Im Auftrag der IV-Stelle erstattete Dr. C.\_\_\_\_ einen undatierten (bei der IV-Stelle am 4. Februar 2009 eingegangenen) Bericht. Sie diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische weichteilrheumatische Beschwerden sowie eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Reaktion und attestierte eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit unbekanntem Beginns (IV-act. 29-2 ff.).

A.f Nach erfolgloser Abmahnung des Versicherten bezüglich Einreichens der Buchhaltungsunterlagen der D.\_\_\_\_ bzw. der E.\_\_\_\_ AG in F.\_\_\_\_ der letzten fünf Jahre, zuletzt mit Mahnschreiben vom 15. Januar 2009 (IV-act. 27), stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 17. Februar 2009 ein Nichteintreten auf das Leistungsbegehren des Versicherten (IV-act. 31-1 f.) in Aussicht. In der Folge gingen die verlangten Unterlagen bei der IV-Stelle ein (IV-act. 35-1 ff., 36, 43-1 ff.).

A.g Am 30. Juli 2009 erstattete Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, einen Bericht über eine neurologische Abklärung vom 25. Juni 2009 (IV-act. 45-6 ff.). Er führte aus, gesamthaft gesehen bestünden keine neurologischen Ausfälle. Vordergründig bestehe eine musculo-skelettale Symptomatik, rezidivierend und belastungsabhängig (IV-act. 45-7).

A.h Am 22. September 2009 erstellte die Abklärungsperson einen "Abklärungsbericht Selbständigerwerbende", welcher vom Versicherten durch zahlreiche Bemerkungen zur gesundheitlichen Situation und Angaben zu den in der D.\_\_\_\_ bzw. der E.\_\_\_\_ AG erfolgten Lohnzahlungen bzw. Gewinnaufteilungen vor und nach Beginn seiner Arbeitsfähigkeit ergänzt wurde (IV-act. 47-1 ff.).

A.i Der RAD (Dr. B.\_\_\_\_) hielt am 29. September 2009 in einer internen Stellungnahme fest, dass auf den Austrittsbericht der Klinik Valens vom 7. Januar 2009 vollumfänglich abgestellt werden könne; der Versicherte sei ab dem 19. Januar 2009



## St.Galler Gerichte

für eine mittelschwere Arbeit mit vermehrten Pausen im Ausmass von maximal einer Stunde (Leistungseinbusse von 10-15 %) zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 48-2).

A.j Mit Vorbescheid vom 9. Oktober 2009 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IV-act. 51-1 f.). Der Invaliditätsgrad betrage 15 % (Valideneinkommen Fr. 374'112.--, Invalideneinkommen Fr. 317'995.--).

A.k Der Versicherte liess am 9. November 2009 Einwand gegen den Vorbescheid erheben. Er beantragte dessen Aufhebung. Ihm seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, und es seien weitere umfassende Abklärungen, insbesondere unter Berücksichtigung seiner psychischen Erkrankung, vorzunehmen und alsdann sei neu zu entscheiden (IV-act., 60-1 ff., 56-1 ff.).

A.l Im Auftrag der IV-Stelle erstattete Dr. C.\_\_\_\_ am 26. Januar 2010 einen Verlaufsbericht (IV-act. 63-1 ff.). Darin führte sie aus, dass keine Veränderung der subjektiven und objektiven Befunde stattgefunden habe; der Versicherte solle langsam in der Arbeit wieder integriert werden. Der Versicherte sei Mitbesitzer einer Firma, in welcher das Arbeitsklima durch verschiedene Faktoren gestört sei, so dass eine Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz nicht möglich sei. Auch vor diesem Hintergrund stehe der Versicherte in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 63-3).

A.m Im Auftrag der IV-Stelle erstattete Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie/ Psychotherapie und für Allgemeinmedizin, einen Bericht, welcher am 29. März 2010 bei der IV-Stelle einging. Er hielt fest, den Versicherten seit Februar 2002 zu behandeln. Er diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme Schmerzstörung (ICD 10: F45.4) und attestierte die Zumutbarkeit einer Vollzeittätigkeit (acht Stunden pro Tag) mit 50 %iger Leistung in einem anderen als dem bisherigen Betrieb bei vergleichbarer Tätigkeit (IV-act. 66-1 ff.).

A.n Im Auftrag der IV-Stelle erstatteten Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten vom 6. Mai 2010 (IV-act. 73-1 ff.) und Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, ein rheumatologisches Gutachten vom 15. Mai 2010 (IV-act. 72-1 ff.) mit Untersuchungsdatum jeweils am 4. Mai 2010. Der rheumatologische Gutachter stellte



folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: ein chronisches myofasciales Schmerzsyndrom cervicothorakal (IV-act. 72-15). Der psychiatrische Gutachter stellte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 73-10). Die Gutachter führten aus, aus bidisziplinärer Perspektive sei primär die somatische Einschätzung mit einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in allen beschwerdeadaptierten Tätigkeiten mit einer Einschränkung von derzeit maximal 10 % zu berücksichtigen (IV-act. 72-18).

A.o Dr. B.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 25. Mai 2010 in einer internen Stellungnahme fest, dass das bidisziplinäre Gutachten umfassend, konsistent und widerspruchsfrei sei (IV-act. 74-1 f.).

A.p Am 10. Juni 2010 erstattete der behandelnde Arzt Dr. H.\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht. Er diagnostizierte eine somatoforme Schmerzstörung (ICD 10: F45.4) und attestierte eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 76-1 f.).

A.q Mit Vorbescheid vom 23. August 2010 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IV-act. 81-1 f.). Der Invaliditätsgrad betrage 10 % (Valideneinkommen: Fr. 374'112.--, Invalideneinkommen Fr. 336'700.--).

A.r Der Versicherte liess am 10. November 2010 Einwand gegen den Vorbescheid erheben. Er beantragte die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen oder die Berentung (IV-act. 92-1 f.).

A.s Mit Verfügung vom 28. Februar 2011 (IV-act. 99-1 ff.), welche die Verfügung vom 17. Februar 2011 (IV-act. 95-1 ff.) ersetzte, wies die IV-Stelle das Rentengesuch des Versicherten bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 10 % ab.

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die am 21. März 2011 erhobene Beschwerde. Darin wird beantragt, die Verfügung vom 28. Februar 2011 sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine ganze IV-Rente zu bezahlen. Eventualiter sei die Verfügung vom 28. Februar 2011 aufzuheben und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen im Hinblick auf die Berentung des Beschwerdeführers zurückzuweisen. Als Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt,



die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung vermöge in diesem konkreten Fall nicht zu überzeugen. Dagegen spreche das Curriculum Vitae des Beschwerdeführers. Er sei Spitzensportler gewesen. Gemäss Dr. C.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer daher "nicht wehleidig und sich an Anstrengung und Disziplin gewohnt". Es falle insbesondere auf, dass die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung im Rahmen der Begutachtung von der Rheumatologin aufgestellt werde, obwohl es sich dabei klarerweise um eine psychiatrische Diagnose handle. Es könne also mangels Fachkompetenz darauf nicht abgestellt werden. Dazu komme der Umstand, dass die Rheumatologin die beschriebene Diagnose mit einem Ausschlussverfahren begründe. Das vermöge überhaupt nicht zu überzeugen. Nur weil man die richtige Ursache für das Beschwerdebild des Beschwerdeführers (noch) nicht gefunden habe, könne nicht einfach auf eine somatoforme Schmerzstörung geschlossen werden. Wie bereits im Vorbescheidverfahren ausgeführt, sei etwa ein RSI-Syndrom als Ursache noch nicht abgeklärt worden. Absolut nicht zu überzeugen vermöge die wenig begründete Behauptung von Dr. I.\_\_\_\_, es seien keine Gründe ersichtlich, die einer Überwindung der Schmerzen entgegenstünden. Der Beschwerdeführer habe keinerlei psychiatrische Vorbelastung. Als Spitzensportler und erfolgreicher Unternehmer sei er nicht dazu prädestiniert, ein unkontrolliertes somatoformes Schmerzsyndrom zu entwickeln. Dies sei an sich auch die überwiegende Meinung der involvierten Ärzte. Vor diesem Hintergrund passe die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung nicht ins Bild der Akten und würde eingehender Begründung bedürfen. In erhöhtem Mass gelte dies für die Zumutbarkeit der Überwindung, über die sich die Gutachter nicht konkret ausliessen (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, korrekt sei, dass Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnose somatoforme Schmerzstörung eher ausgeschlossen habe. Darauf könne sich der Beschwerdeführer jedoch nicht stützen, nachdem im Gutachten aus dem Jahre 2010 explizit erläutert werde, warum diese Diagnose zutreffend sei. Dr. B.\_\_\_\_ habe sich sodann nach dem Studium der Gutachten der Meinung der begutachtenden Ärzte angeschlossen. Des Weiteren sei irrelevant, ob die Diagnose somatoforme Schmerzstörung erstmals von der Rheumatologin und nicht von einem Psychiater gestellt worden sei. Massgebend sei, dass der begutachtende Psychiater die Diagnose bestätigt habe. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer mit



## St.Galler Gerichte

der ihm gestellten Diagnose nicht einverstanden sei, vermöge keine weiteren medizinischen Abklärungen auf Kosten der IV zu rechtfertigen. Nachdem sämtliche behandelnden und begutachtenden Ärzte keine anders lautenden Diagnosen zu stellen vermocht hätten, sei auf die bis dato vorliegenden Berichte abzustellen (act. G 5).

B.c Am 24. Juni 2011 lässt der Beschwerdeführer Replik erstatten und im Wesentlichen ausführen, es sei nicht irrelevant, dass Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung ausgeschlossen habe. Mit seinem Ausschluss werde ersichtlich, dass die spätere Diagnosestellung alles andere als eindeutig gewesen und eher als Produkt der Hilflosigkeit gegenüber den Beschwerden des Beschwerdeführers zu qualifizieren sei. Im Weiteren lasse das Gutachten durchaus wesentliche Fragen offen, indem es nicht erkläre, wie ein Spitzensportler und erfolgreicher Unternehmer ohne erkennbaren Anstoss ein unkontrolliertes somatoformes Schmerzsyndrom zu entwickeln vermöge; das Gutachten sei deshalb nicht überzeugend und unvollständig. Sodann gebe die Beschwerdegegnerin gebetsmühlenartig Auszüge aus der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung wieder. Sie übersehe aber, dass die Gutachter mit keinem Wort begründeten hätten, weshalb sie dem Beschwerdeführer die Schmerzüberwindung zumuteten. Deshalb seien weitere Abklärungen geboten (act. G 9).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 1. Juli 2011 auf eine Duplik (act. G 11).

B.e Mit Schreiben vom 4. Juli 2012 (act. G 13) lässt der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_ des Neurochirurgischen Zentrums der Hirslanden Klinik X.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2012 ins Recht legen (act. G 13.1). In diesem waren progrediente Cervikobrachialgien beidseits mit parästhetischen Missempfindungen C6 beidseits rechtsbetont bei aktivierter, entzündlicher Osteochondrose C5/6, ein chronisches myofaszielles cerviko-thorakales Syndrom bei degenerativer HWS-Veränderung und muskulärer Dysbalance bei Fehlhaltung, ein leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, intermittierendes lumbovertebrales bis spondylogenes Syndrom linksbetont, diagnostiziert und eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.



Erwägungen:

1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente zu Recht verneint hat.

1.2 Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist.

1.3 Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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 (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen 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 E. 3b/bb).



2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die Begutachtungen durch den Rheumatologen Dr. J.\_\_\_\_ und den Psychiater Dr. I.\_\_\_\_. Dr. J.\_\_\_\_ nannte nach der Untersuchung des Beschwerdeführers am 4. Mai 2010 im Gutachten vom 15. Mai 2010 als rheumatologische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches myofasciales Schmerzsyndrom cervicothorakal (ICD-10: M54.2 resp. M54.3) bei/mit einer degenerativen Veränderung der HWS, einem geringen organischen Korrelat, muskulären Dysbalancen bei Fehlhaltung sowie einem Verdacht auf eine Generalisationstendenz bei psychosozialer Problemkonstellation. Als rheumatologische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete er ein intermittierendes lumbovertebrales bis -spondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10: M54.5 resp. M54.4) bei/mit einer degenerativen Veränderung der LWS, einer Spondylolisthesis L5, derzeit ohne organisches Korrelat, sowie ein leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits (IV-act. 72-15). Die seitens der Rehaklinik Valens per Januar 2009 prognostizierte 100 %ige Arbeitsfähigkeit mit vermehrtem Pausenbedarf (10 bis 15 % Leistungsfähigkeitseinbusse) dürfte aufgrund der aktuell am Bewegungsapparat zu erhebenden Befunde spätestens per Datum der aktuellen Untersuchung dem absoluten Minimum der aus rheumatologischer Sicht zuzumutenden Arbeitsfähigkeit entsprechen (IV-act. 72-16). Aus rheumatologischer Sicht bestehe in allen körperlich leicht bis mittelschwer belastenden Tätigkeiten, namentlich im Umfeld einer Bürotätigkeit wie als Betriebsleiter einer Schreinerei, eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Ein vermehrter Pausenbedarf für Wechsel- und Ausgleichspositionen bewege sich im Rahmen von derzeit maximal 10 % (IV-act. 72-18). Psychiater Dr. I.\_\_\_\_ konnte in seinem Gutachten vom 6. Mai 2010 nach der Untersuchung vom 4. Mai 2010 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) seit Mitte 2007 sowie eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Reaktion seit Ende 2008 (IV-act. 73-10). Aus bidisziplinärer Perspektive wurde gutachterlich festgehalten, dass primär die somatische Einschätzung mit einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in allen beschwerdeadaptierten Tätigkeiten zu berücksichtigen sei (IV-act. 72-18).

2.1.1 Der psychiatrische Gutachter führte unter anderem aus, bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien heutzutage die Kriterien der Zumutbarkeit der



willentlichen Schmerzüberwindung zu diskutieren. Die Schmerzsymptomatik dauere nun bald drei Jahre an, es finde sich lediglich eine leichte depressive Begleitsymptomatik seit etwa Ende 2008, schwere körperliche Begleiterkrankungen fänden sich nicht, ein sozialer Rückzug habe nur teilweise stattgefunden, eine Flucht in die Krankheit sei nicht ersichtlich (hingegen ein innerseelischer Konflikt, der nicht emotional empfunden, sondern auf Körperebene wahrgenommen werde). Es habe einen stationären Behandlungsversuch in Valens mit einigem Erfolg (welcher subjektiv nicht so wahrgenommen worden sei) gegeben. Es bestehe eine doch deutliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten, die Charakterisierung der Schmerzen sei vage, medizinische Behandlungen würden nur wenig in Anspruch genommen und therapeutische Vorschläge nur ungenügend umgesetzt, so dass unter Gewichtung all dieser Faktoren davon ausgegangen werden müsse, dass es nach heutiger Auffassung aus psychiatrischer Sicht keine Gründe gebe, welche einer Überwindung der Schmerzen hinderlich wären, weshalb aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit für nach rheumatologischen Gesichtspunkten angepasste Tätigkeiten als nicht eingeschränkt zu beurteilen sei (IV-act. 73-11 f.).

2.1.2 Der rheumatologische Gutachter hielt bezüglich Bewegungsapparat fest, dass das Vorneigen bis zu einem Fuss-Boden-Abstand von 3 cm erfolge, die Flexion frei und flüssig sei, kein Shift und beim Aufrichten kein Kletterphänomen vorhanden seien. Im Globaltest sei das Aufrichten aus der Rückenlage bis zum Sitzen möglich; in Bauchlage bestehe eine sehr gut kompensierte Durchführung der Testübung ohne Dekompensationszeichen während zwei Minuten. Im Weiteren führte der Gutachter aus, bezüglich LWS bestehe eine allseits freie und indolente Beweglichkeit mit über der Norm liegender, freier Reklination ohne Schmerzprovokation; bezüglich BWS bestünden habitusentsprechend freie Bewegungsausschläge und bezüglich HWS freie und indolente Bewegungsausschläge allseits. Bei den Extremitäten bestünden freie Bewegungsausschläge der Schultergelenke beidseits ohne jedwede Impingement-Zeichen, die Ellbogengelenke seien frei beweglich, auch Hand- und Fingergelenke seien ohne Synovialitiden und Druckdolenzen. Das Hüftgelenk sei symmetrisch frei beweglich; es bestünden keine Coxarthrosezeichen. Die Kniegelenke seien beidseits ergussfrei, es bestehe kein Patellaschiebeschmerz, kein Meniskuszeichen sowie kein femoropatelläres Reiben. Die Zohlen-Zeichen beidseits seien negativ und die Sprunggelenke symmetrisch frei beweglich. Bezüglich Neurostatus bestehe eine grobe Kraft der Kenn-



muskeln symmetrisch M5, die Muskeigenreflexe der oberen wie der unteren Extremitäten seien seitengleich mittellebhaft auslösbar. Das Berührungsempfinden werde symmetrisch im Bereich der oberen wie der unteren Extremitäten beidseits angegeben. Im Armvorhalteversuch bestehe weder ein Absinken noch eine Pronationstendenz. Der umgekehrte Lasègue sowie der Lasègue beidseits seien negativ (IV-act. 72-13 f.).

2.1.3 Beide Gutachter hielten folgendes fest: Bei der aktuellen Untersuchung finde sich ein eher jünger wirkender schlanker 45-jähriger Mann, affektiv wenig spürbar, die Stimmung in Mittellage, die affektive Modulation deutlich eingeschränkt, manchmal etwas schmerzgequält wirkend, sich jedoch frei bewegend, welcher über brennende Schmerzen klage (oberer Brustwirbelsäulenbereich, Nacken-, Schulterblätter-, Arme) und seine Schmerzempfindungen einmal als Zwangsjacke beschreibe, ohne emotional angeben zu können, welche Begebenheiten in seinem Leben er eventuell als Zwangsjacke empfinden könnte (Alexithymie). Als Folge der Schmerzen habe es die unerfreulichen Auseinandersetzungen mit seinen Cousins gegeben; die Sache habe sich einigermassen eingerenkt. Des Weiteren gebe es als Folge der Schmerzen gestörten Schlaf, missliche Stimmung (der Beschwerdeführer fühle sich als Simulant, also missverstanden, im Dorf ausgestellt) und eine Resignation, weil die Schmerzen nicht besserten. Die Schmerzsymptomatik entspreche einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Zwar fände sich einerseits trotz intensivster Suche keine somatische Grundlage der Schmerzen und andererseits gebe es positive Hinweise, die diese Diagnose nahe legten: Als seelischer Konflikt, der auf Körperebene empfunden werde, könne das Eingebundensein-Müssen (innere Verpflichtung) in die familieneigene Fensterfabrik (sinnigerweise einmal als Zwangsjacke beschrieben) gesehen werden. Des Weiteren seien das Nicht-Ansprechen auf Schmerzmittel und sonstige adäquate Therapieversuche, das vorübergehende Ansprechen auf Handauflegen (auch via Telefon), die Alexithymie und das Schwarz/Weiss-Denken (keine Versuche bisher, mit den Schmerzen aktiv zu werden) deutliche Symptome der genannten Störung. Die Begleitsymptomatik entspreche einer Anpassungsstörung, die Ausprägung sei leicht depressiv (IV-act. 73-11, 72-17 f.).

2.2 Am 25. Juni 2009 erfolgte ein neurologisches Konsilium durch Dr. G.\_\_\_\_. In seinem Bericht vom 30. Juni 2009 (IV-act. 45-6 ff.) wurde als Hauptbefund eine leichte Verspannung im Bereich der paravertebralen Muskulatur der BWS mit leichtem Hartspann



rechts mehr als links genannt. Weiter wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer lokalisiere auch seine Schmerzen im Bereich des Levator scapulae beidseits. Der Trapezius sei weniger druckdolent; die Beweglichkeit der HWS bestehe bis in die Endexkursionen inklusiv kombinierter Rotationen. Es bestehe wenig Druckdolenz cervico-occipital. Der Lasègue sei negativ, es bestünden Reflexe mittellebhaft und symmetrisch. Es seien keine sensomotorischen Ausfälle vorhanden; der Positionsversuch erfolge ohne Absinken, es bestehe keine Koordinationsstörung. Gesamthaft gesehen bestünden keine neurologischen Ausfälle (IV-act. 45-7). Es fand also auch eine neurologische Abklärung statt, die in diesem spezifischen medizinischen Bereich keinen relevanten Gesundheitsschaden ergeben hat bzw. objektivieren konnte. Eine neurologische Verlaufsbeurteilung wurde im Übrigen weder von Dr. I.\_\_\_\_ noch von Dr. J.\_\_\_\_ oder vom RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ empfohlen. Diesbezüglich ergeben sich keine Hinweise auf weiteren Abklärungsbedarf.

2.3 Soweit in der Beschwerde sinngemäss geltend gemacht wird, die aus bidisziplinärer Perspektive gutachterlich bescheinigte maximal 10 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht halten, kann dem nicht beigepflichtet werden, prognostizierten doch bereits die Ärzte der Klinik Valens dem Beschwerdeführer im Austrittsbericht vom 7. Januar 2009 ab dem 19. Januar 2009 eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit für mittelschwere Arbeit mit vermehrten Pausen im Ausmass von maximal einer Stunde pro Tag, d.h. eine 10-15 %ige Leistungsfähigkeitseinbusse (IV-act. 29-14). Was den Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom März 2010 (IV-act. 66-1 ff.) anbelangt, so ist festzustellen, dass dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit von acht Stunden pro Tag mit einer 50 %igen Leistungsfähigkeit (IV-act. 66-3) nicht näher begründet ist und einzig auf der Schmerzschilderung des Beschwerdeführers zu basieren scheint. Im Weiteren nimmt Dr. H.\_\_\_\_ keine Auseinandersetzung mit der Frage der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der geklagten Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung vor. Zudem schätzen behandelnde Ärzte, wozu auch Dr. H.\_\_\_\_ zählt, erfahrungsgemäss die Arbeitsfähigkeit ihrer Patienten pessimistischer ein als unabhängige medizinische Sachverständige. Das beruht unter anderem auf dem Therapieverhältnis, das die behandelnden Ärzte dazu neigen lässt, die Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten hoch zu gewichten und deren subjektive Selbsteinschätzung zu übernehmen (vgl. Urteil des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 7. Oktober 2010, IV 2009/106 E. 5.3).



Daher wecken die Berichte von Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ keine ernsthaften Zweifel an der Beweiskraft der Gutachten und des neurologischen Konsiliums. Im Lichte der Diagnosen und der Befunde, welche den zeitlichen Verlauf berücksichtigt haben, sind die Schlussfolgerungen in den Gutachten begründet und nachvollziehbar und ist die darin vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung von 90 % überzeugend. Die Gutachter haben dabei die Kriterien berücksichtigt, welche die Rechtsprechung bezüglich der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung bei somatoformen Schmerzstörungen entwickelt hat. Gemäss den vorstehenden Ausführungen haben die Gutachter den Beschwerdeführer umfassend abgeklärt. In somatischer Hinsicht fand eine ausführliche und umfassende klinische Untersuchung statt, deren Ergebnisse detailliert festgehalten wurden. Auch auf die vorhandene Bildgebung wurde eingegangen. Ein Hinweis darauf, dass die Abklärungen ungenügend gewesen sein könnten, findet sich in den Akten nicht. Weitere Abklärungen betreffend den Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung erscheinen daher nicht als notwendig, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festgestellt hat. Dem Eventualantrag des Beschwerdeführers auf Vornahme weiterer Abklärungen ist folglich nicht zu entsprechen (antizipierte Beweiswürdigung). Ein relevanter Gesundheitsschaden in rentenbegründendem Ausmass (vgl. IV-act. 72-16, 29-14) ist nicht ausgewiesen.

2.4 Im vorliegenden Verfahren nicht mehr relevant ist grundsätzlich, dass der Beschwerdeführer ab April 2012 im Neurochirurgischen Zentrum der Hirslanden Klinik X.\_\_\_\_ abgeklärt wurde. Jedoch gilt festzuhalten, dass der Inhalt des ärztlichen Berichts von Dr. K.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2012 möglicherweise Rückschlüsse auf den hier massgebenden Sachverhalt bis zum Verfügungserlass vom 28. Februar 2011 zulassen kann. Vorab ist festzustellen, dass die Abklärungen vom April/Mai 2012 wegen Zunahme der Schmerzen des Beschwerdeführers und neu auch aufgrund eines Taubheitsgefühls, parästhetischer Missempfindungen und Schmerzen in den Daumen und Armen beidseits stattgefunden haben (act. G 13.1, S. 1). Dr. K.\_\_\_\_ führte im Bericht aus, dass das MRI der HWS vom 24. April 2012 unter anderem aktivierte osteochondrotische Entzündungszeichen im gesamten Segment C5/6 ergeben habe. Über eine ventrale Diskektomie und Stabilisation des hauptbetroffenen Segmentes C5/6 würden sich die aktuellen Beschwerden des Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit deutlich reduzieren lassen. In Anbetracht der rheumatologischen Begleiterkrankungen und der somatoformen Schmerzstörung sei allerdings die mittelfristige Prognose hinsichtlich einer



Besserung nach der Operation moderat. Er habe dem Beschwerdeführer daher, aufgrund des aktuellen Leidensdrucks, empfohlen, mit rheumatologischen Therapieansätzen weiter fortzufahren (act. G 13.1, S. 2). Aus diesem Bericht ergeben sich Hinweise auf eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers im Frühjahr 2012. Für das vorliegende Verfahren in zeitlicher Hinsicht relevant ist jedoch der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der streitigen Verfügung vom 28. Februar 2011 zugetragen hat (vgl. BGE 130 V 445 Erw. 1.2). Folglich ist der nach Verfügungserlass offenbar verschlechterte Gesundheitszustand für das vorliegende Verfahren unbeachtlich.

3.

Es ist somit zusammenfassend davon auszugehen, dass eine 10 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. Die Frage nach den zumutbaren Tätigkeiten wurde im Gutachten vom 15. Mai 2010 hinreichend beantwortet, wird doch ausgeführt, dass der Beschwerdeführer körperlich leicht bis mittelschwer belastende Tätigkeiten unter regelmässigen Positionswechseln sowie in einem ergonomischen Arbeitsumfeld, namentlich im Umfeld einer Bürotätigkeit wie als Betriebsleiter einer Schreinerei, zu 100 % mit einer Einschränkung von 10 % wegen vermehrten Pausenbedarfs für Wechsel- und Ausgleichspositionen auszuführen vermöge (IV-act. 72-18). Auszugehen ist gemäss den Gutachtern und dem RAD somit insgesamt von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 90 % in der angestammten ebenso wie in einer adaptierten körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit.

4.

4.1 In Bezug auf die Invaliditätsbemessung ist zu beachten, dass gemäss Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2010 sowie Stellungnahme des RAD-Arzttes vom 25. Mai 2010 in allen beschwerdeadaptierten Tätigkeiten, zu denen insbesondere die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Geschäftsführer in der Fensterfabrik zu rechnen ist, eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 90% besteht (IV-act. 72-18, 74-2). Der Invaliditätsgrad erreicht daher jedenfalls kein rentenbegründendes Ausmass von mindestens 40 %, sodass sich weitere Ausführungen zur Invaliditätsbemessung erübrigen.



4.2 Für die Zeit nach Ablauf des Wartejahrs ab 21. Juni 2008 (Beginn Arbeitsunfähigkeit: 21. Juni 2007; IV-act. 66-2, 29-16) bis 18. Dezember 2008, in welcher gemäss den Akten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, ist folgendes festzustellen: Bei der Bestimmung des Rentenbeginns ist zu beachten, dass nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Der Beschwerdeführer hat sich am 23. September 2008 zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 1-8). Mit Blick auf die aktuellste höchstrichterliche Rechtsprechung (BGE 138 V 475) könnte der Rentenanspruch somit nicht vor März 2009 entstehen. Zu jenem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer nicht (mehr) zu mindestens 40 % invalid (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Daher entfällt auch ein befristeter Anspruch auf eine Rente.

5.

5.1 Somit ist die Beschwerde abzuweisen. Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands gemäss dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2012 (act. G 13.1) kann zwar nicht in diesem Verfahren berücksichtigt werden. Darin kann aber eine Neuanschuldung erblickt werden, die aufgrund des hängigen Gerichtsverfahrens nicht direkt bei der IV-Stelle eingereicht wurde. Das Schreiben vom 4. Juli 2012 (act. G 13) samt Beilage (Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2012) ist daher der Beschwerdegegnerin als Neuanschuldung zur Prüfung zu überweisen.

5.2 Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint vorliegend angemessen. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Angesichts des vollen Unterliegens des Beschwerdeführers rechtfertigt es sich, ihm die Gerichtskosten unter Anrechnung des von ihm in selbiger Höhe geleisteten Kostenvorschusses gesamthaft aufzuerlegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht



entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Schreiben des Beschwerdeführers vom 4. Juli 2012 samt Beilage wird der Beschwerdegegnerin als Neuanschuldung überwiesen.
3. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des von ihm geleisteten Kostenvorschusses in gleicher Höhe zu bezahlen.