



**Fall-Nr.:** IV 2018/213  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 17.04.2020  
**Entscheiddatum:** 23.12.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.12.2019**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Gutachten. Gestützt auf die beweiskräftige polydisziplinäre Begutachtung ist infolge einer längeren Arbeitsunfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten von 30% ein befristeter Anspruch auf eine Viertelsrente zu bejahen und danach ein Rentenanspruch zu verneinen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Dezember 2019, IV 2018/213).**

#### **Entscheid vom 23. Dezember 2019**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterrinnen Michaela Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2018/213

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christoph Anwander, Bahnhofstrasse 21,  
Postfach 1016, 9102 Herisau,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 18. Juli 2012 wegen chronischer Rückenschmerzen (bestehend seit über 10 Jahren) bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Integration, Rente) an (IV-act. 1). Er war seit 1989 (mit einem rund einjährigen Unterbruch) bei der B.\_\_\_\_ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin) als Kranführer angestellt (IV-act. 9 und 12).

**A.b.** Die IV-Stelle klärte die persönlichen und beruflichen Verhältnisse des Versicherten ab (vgl. IV-act. 3 bis 12) und holte Arztberichte ein (IV-act. 2, 22). Vom 27. Juli bis 23. August 2012 wurde er stationär in der Klinik Valens behandelt. Im Austrittsbericht vom 12. September 2012 hielten die Klinikärzte als Diagnosen ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei Status nach Spondylodese LWK 4/5 bei Osteochondrose LWK 4/5 vom 7. März 2011, muskulärer Dysbalance und Status nach Infiltration der Facettengelenke LWK 5/SWK 1 beidseits vom 16. April 2012 fest. Der Versicherte sei bis zum 9. September 2012 zu 100% arbeitsunfähig gewesen und danach in der bisherigen Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig. Nach weiteren zwei Wochen sei eine Steigerung auf 100% Arbeitsfähigkeit möglich. In einer adaptierten leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, spezifische Einschränkungen bestünden für vorgeneigte Tätigkeiten wie vorgeneigtes Stehen und Sitzen (IV-act. 15).

**A.c.** Am 25. Oktober 2012 fand eine Situations- und Motivationsabklärung durch die von der Krankenversicherung beauftragte C.\_\_\_\_ AG statt (IV-act. 20). In der Folge trafen sich der Versicherte, seine Ehefrau, die C.\_\_\_\_-Case-Managerin und die



Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle am 15. November 2012 zu einem Assessmentgespräch (IV-act. 28-1ff.). Gemäss der anschliessend getroffenen Zielvereinbarung zwischen dem Versicherten, seiner Arbeitgeberin und der IV-Stelle vom 13. Februar 2013 sollte vor allem der Arbeitsplatz des Versicherten erhalten und angepasst sowie das Arbeitspensum wieder auf 100% gesteigert werden (IV-act. 24). Dementsprechend gewährte die IV-Stelle dem Versicherten Beratung und Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes. Zudem übernahm sie die Kosten für einen ergonomischen Stuhl (Mitteilungen vom 8. März 2013 [IV-act. 31 f.] und vom 23. Mai 2013 [IV-act. 39]). Mit Mitteilung vom 5. Juni 2013 übernahm die IV-Stelle auch die Kosten für das "Versetzen des Führerstandes Schere". Damit verfüge der Versicherte über einen optimal adaptierten Arbeitsplatz (IV-act. 42f.). Am 21. Juni 2013 teilte sie dem Versicherten mit, das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen, da er mittlerweile in einem Pensum von 60% tätig sei und sich angemessen eingegliedert fühle (IV-act. 48).

**A.d.** Mit Arbeitsvertrag vom 13. Juli 2013 änderte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten dahingehend, als sein Arbeitspensum infolge eingeschränkter Leistungsfähigkeit per 13. Juli 2013 auf 50% herabgesetzt und der Lohn zusätzlich reduziert wurde (IV-act. 53-3 ff.).

**A.e.** Im Vorbescheid vom 15. Juli 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 13% eine Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 52). Den dagegen erhobenen Einwand vom 17. Juli 2013 (IV-act. 53-1f.) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Oktober 2013 im Sinne des Vorbescheids ab (IV-act. 54).

**A.f.** Die gegen diese Verfügung am 4. November 2013 für den Versicherten durch Rechtsanwalt lic. iur. Ch. Anwander erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Urteil vom 17. April 2015, IV 2013/552, in dem Sinne teilweise gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und zu neuer Verfügung an die IV-Stelle zurückwies (IV-act. 70).



**A.g.** Gemäss E-Mail der Hausärztin des Versicherten, med. prakt. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH, vom 29. Dezember 2015 war ihm seine Anstellung per Ende Dezember 2015 gekündigt worden. Die Hausärztin sah die Arbeitsfähigkeit auch für leichte Tätigkeiten bei maximal 50% (IV-act. 94). Mit Schreiben vom 8. Februar 2016 teilte der Rechtsvertreter des Versicherten der IV-Stelle mit, dass jener ab 1. Januar 2016 erneut durch die ehemalige Arbeitgeberin in einem 50%-Pensum, jedoch mit einem neuen Aufgabenbereich, angestellt worden sei (IV-act. 102, vgl. auch IV-act. 103 und 105).

**A.h.** Am 11. März 2016 wurde der Versicherte durch Gutachter der Medizinischen Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (MGSG) orthopädisch-psychiatrisch begutachtet. Im Gutachten vom 2. Mai 2016 diagnostizierten sie ein Lumbovertebralsyndrom nach Spondylodese L4/5 03/2011 mit Osteochondrose L2/3 und L3/4 ohne neurale Kompression sowie eine anhaltende mittelgradige depressive Episode, bestehend seit etwa 08/2014, ICD-10 F33.1, bei Zustand nach Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion, ICD-10 F43.21, bestehend von etwa 09/2012 bis 08/2014. Für leidensadaptierte Tätigkeiten beurteilten sie die Arbeitsfähigkeit mit 70% (IV-act. 110-34). RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ befand das Gutachten mit Stellungnahme vom 24. Mai 2016 als nachvollziehbar (IV-act. 111).

**A.i.** Mit Vorbescheid vom 26. Mai 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf einen berechneten IV-Grad von 36% die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht (IV-act. 114). Gegen diesen liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter am 4. Juli 2016 Einwand erheben. Da seine Hausärztin gemäss Arztzeugnis vom 20. Juni 2016 neu eine seropositive rheumatische Erkrankung festgestellt habe (IV-act. 115-5), seien weitere Untersuchungen abzuwarten (IV-act. 115-1ff.).

**A.j.** Im Bericht vom 5. Juli 2016 diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, eine axiale Spondylarthritis (Morbus Bechterew) HLA B27 positiv mit nächtlichen Thoraxwand-Schmerzen (IV-act. 118). Gestützt darauf befand RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ am 7. September 2016, dass auf das orthopädisch-psychiatrische Gutachten vorerst nicht abgestellt werden könne, da in den Akten bisher keine entzündlich-rheumatische Diagnose gestellt worden sei (IV-act. 119). Mit Stellungnahme vom 9. November 2016 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass im Moment ein



## St.Galler Gerichte

instabiler Gesundheitszustand bestehe. Der diagnostizierte Morbus Bechterew werde mit hoch wirksamen Medikamenten (Humira) neu behandelt, weshalb der Erfolg dieser Behandlung abgewartet werden müsse (IV-act. 122).

**A.k.** Am 14. und 20. November 2017 wurde der Versicherte durch die Neurologie G.\_\_\_\_ AG, Polydisziplinäre Begutachtungsstelle MEDAS, begutachtet. Im Gutachten vom 16. Dezember 2017 befanden die Gutachter den Versicherten in leidensadaptierten Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich aktuell kein ausreichender Anhalt für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 147-59, 62). RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ befand das Gutachten als ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar (IV-act. 148).

**A.l.** Im Vorbescheid vom 26. Januar 2018, welcher denjenigen vom 26. Mai 2016 ersetzte, teilte die IV-Stelle dem Versicherten erneut mit, sie plane das Rentengesuch abzuweisen, da lediglich von einem IV-Grad von 11% auszugehen sei (IV-act. 151).

**A.m.** Am 28. Februar 2018 berichtete die Hausärztin des Versicherten der IV-Stelle, die Ursachen seiner Schmerzen würden sich in muskulärer Instabilität, intervertebralen Blockaden und myofaszialen Verklebungen finden. Es sei für sie als jahrelange Behandlerin nicht nachvollziehbar, dass dem Versicherten eine lediglich 11%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden solle (IV-act. 152).

**A.n.** Mit Einwand vom 5. März 2018 beantragte der Rechtsvertreter für den Versicherten die Zusprache einer mindestens halben IV-Rente (IV-act. 152).

**A.o.** RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ befand zum Bericht der Hausärztin, es würden daraus keine neuen medizinischen Fakten hervorgehen. Sämtliche erwähnten Befunde seien den Gutachtern bekannt gewesen. Bei der von ihr vorgenommenen Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit handle es sich um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts (Stellungnahme vom 17. Mai 2018: IV-act. 153).

**A.p.** Am 22. Mai 2018 verfügte die IV-Stelle eine Abweisung des Leistungsbegehrens. Sie hielt daran fest, dass der IV-Grad beim Versicherten 11% betrage (IV-act. 154).



### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 21. Juni 2018 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache einer mindestens halben IV-Rente. Eventualiter sei die Streitsache zur weiteren Abklärung und zu anschliessender neuer Beurteilung bzw. Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Der Rechtsvertreter macht geltend, der Beschwerdeführer habe trotz starken Schmerzmitteln, Akupunktur, Osteopathie, regelmässiger Physiotherapie und Trainingstherapie seine Arbeitsfähigkeit nicht auf mehr als 50% steigern können. Wie die Hausärztin ausführe, seien die Schmerzen begründbar und ein IV-Grad von lediglich 11% völlig unrealistisch. Das Gutachten der Neurologie G.\_\_\_\_ AG, wonach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehen solle, stehe zudem im Widerspruch mit dem MGSG-Gutachten. Seine Schlussfolgerungen seien weder begründet noch leuchteten sie in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation ein. Auch sei nicht klar, warum Dr. med. H.\_\_\_\_, welche zuerst als Gutachterin hätte eingesetzt werden sollen, befangen sein sollte. Eine Antwort hierzu stehe von der Beschwerdegegnerin immer noch aus (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 25. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4).

**B.c.** In der Replik vom 5. Dezember 2018 hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 11. Januar 2019 auf eine Duplik (act. G 10).

### **Erwägungen**

#### **1.**

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers. Hinsichtlich der massgebenden rechtlichen Grundlagen wird auf die Erwägungen 2.1 ff. des Entscheids des Versicherungsgerichts vom 17. April 2015, IV 2013/552 (IV-act. 70), verwiesen.



### 2.

**2.1.** Zunächst ist zu beurteilen, ob der medizinische Sachverhalt nunmehr spruchreif abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung (IV-act. 154) auf das polydisziplinäre Gutachten der Neurologie G.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2017 (IV-act. 147). Der Beschwerdeführer hält dieses aus verschiedenen Gründen nicht für beweiskräftig (act. G 1 und 8).

**2.2.** Vorab stört sich der Rechtsvertreter daran, dass ursprünglich Dr. med. H.\_\_\_\_ als Gutachterin für den Fachbereich Rheumatologie vorgesehen gewesen sei, die Beschwerdegegnerin ihm dann jedoch mitgeteilt habe, auf Grund von Befangenheit der rheumatologischen Gutachterin müsse beim Facharzt Rheumatologie ein Gutachterwechsel vorgenommen werden. Nachdem bereits mit Einwand vom 5. März 2018 darauf hingewiesen worden sei, dass der Beschwerdeführer Dr. H.\_\_\_\_ nicht kenne, sei weiter unklar geblieben, weshalb sie befangen sein sollte. Dieses Vorgehen stärke weder das Vertrauen in die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin noch das Vertrauen in die rheumatologische Beurteilung der Begutachtungsstelle (act. G 1, 7). Nicht bestritten wird jedoch, dass die Zuteilung an die Gutachterstelle Neurologie G.\_\_\_\_ AG über die Plattform SuisseMed@P mittels Zufallsprinzip rechtskonform erging. Gemäss Art. 44 ATSG werden Gutachten von unabhängigen Sachverständigen erstellt. Nach dem Wortlaut dieser Bestimmung geht es klar um einzelne Personen und nicht um Institutionen. Die Bekanntgabe des Namens der sachverständigen Person durch den Versicherungsträger stellt eine Mitteilung dar, welche im Hinblick auf das der Partei zustehende Äusserungsrecht erfolgt. Jedoch wäre bei fehlendem Konsens über die Anordnung der Begutachtung eine anfechtbare Zwischenverfügung zu erlassen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. Zürich 2015, N 35 zu Art. 44). Nach Zuteilung an die Gutachterstelle Neurologie G.\_\_\_\_ und dabei vorerst u.a. an die Rheumatologin Dr. H.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 137, 142), befand sich Dr. H.\_\_\_\_ nach Durchsicht der Akten selber für befangen (IV-act. 144). Auch wenn gestützt auf die Akten unklar bleibt, aus welchen Gründen Dr. H.\_\_\_\_ von einer Befangenheit gegenüber dem Beschwerdeführer ausging, ist nicht ersichtlich, was dieser daraus für Schlüsse ziehen möchte. Da er innert der ihm mit Mitteilung vom 18. Oktober 2017 eröffneten Frist keine Einwendungen gegen den neu beauftragten Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, zertifizierter Arbeitsfähigkeitsassessor SIM, erhob, muss von einer in formeller Hinsicht konformen Begutachtung ausgegangen werden (vgl. IV-act. 146). Hätte sich andernfalls bei einer Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_ eine Befangenheit gezeigt, wäre das Gutachten allenfalls bereits aus formellen Gründen nicht beweiskräftig gewesen. Demgegenüber besteht keine Pflicht der



Sachverständigen einer Gutachterstelle darzulegen, aus welchen persönlichen oder beruflichen Befangenheitsgründen sie eine Begutachtung ablehnen. Folglich braucht nicht weiter eruiert zu werden, warum Dr. H. \_\_\_ den Beschwerdeführer nicht begutachten wollte. Vielmehr ist zu prüfen, ob das vorliegende Gutachten mit den konkreten Gutachtern für die Sachverhaltsermittlung beweiskräftig ist.

**2.3.** Der Beschwerdeführer rügt, dass zwischen den Gutachten der MGSG vom 2. Mai 2016 und der Neurologie G. \_\_\_ vom 16. Dezember 2017 wesentliche Unterschiede/Widersprüche bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bestünden.

**2.4.** Im Gutachten vom 16. Dezember 2017 diagnostizierten die Gutachter der Neurologie G. \_\_\_ gestützt auf ihre Konsensbeurteilung in somatischer Hinsicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Lumbovertebralsyndrom nach Spondylodese L4/5 (03/2011) mit Osteochondrose L2/3 und L3/4 ohne neurale Kompression. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine seronegative Spondylarthropathie, ED 6/2016 mit entzündlichen Brustwand Schmerzen, entzündlichem BWS-Befall (MRI 11.03.2016) und HLA B27 positiv, eine Adipositas sowie ein Nikotinabusus (15py; IV-act. 147-59f.). Sie führten aus, aus orthopädischer Sicht bestehe bei weiterhin objektiv (laut aktueller Bildgebung) gutem postoperativem Ergebnis eine Einschränkung in der Mobilität der Wirbelsäule und ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom. Aus rheumatologischer Sicht sei der Morbus Bechterew nur auf Grund der Bildgebung (MRI vom 11.03.2016) mit in der Bildgebung feststellbarem entzündlichem BWS-Befall zu bestätigen, wobei sich zurzeit keine weiteren klinischen und labormässigen Hinweise für eine weitere Affektion des Bewegungsapparates oder eine Organbeteiligung ergeben würden. Die derzeitige Behandlung mit Humira, welche entgegen früheren Aussagen gut vertragen und aktuell weitergeführt werde, erweise sich zur Behandlung der Brustschmerzen als wirksam. Die Symptome hätten deutlich nachgelassen. Aus rheumatologischer Sicht lägen deshalb keine über das orthopädische Ausmass hinausgehende Einschränkungen mehr vor (IV-act. 147-60f.). Abgesehen von der erst nachträglich festgestellten seronegativen Spondylarthropathie deckt sich die im MGSG-Gutachten in somatischer Hinsicht festgestellte Diagnose eines Lumbovertebralsyndroms nach Spondylodese L4/5 mit Osteochondrose L2/3 und L3/4 ohne neurale Kompression (IV-act. 110-7) mit derjenigen des Neurologie G. \_\_\_-Gutachtens. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsschätzung ging Dr. med. J. \_\_\_, Spezialarzt Orthopädie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, im MGSG-Gutachten jedoch in der bisherigen Tätigkeit als Maschinenführer von 90% Arbeitsfähigkeit aus und hielt gleichzeitig fest, dass diese Tätigkeit bereits einer adaptierten Tätigkeit entspreche (IV-



act. 110-9). Dazu führte der orthopädische Gutachter der Neurologie G.\_\_\_\_ aus, möglicherweise sei zu dieser Zeit eine rheumatologische Komponente mit der leichten 10%-Arbeitsunfähigkeit erfasst worden. Insofern sei die 90%-Arbeitsfähigkeit retrospektiv nachvollziehbar (IV-act. 147-25). Mit der Beschwerdegegnerin ist sodann festzuhalten, dass diese minimal abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung ein Stück weit im gutachterlichen Ermessen liegt (vgl. act. G 4 II. 7.).

**2.5.** In psychiatrischer Hinsicht führte Gutachter med. prakt. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter med. Gutachter SIM, im Gutachten vom 16. Dezember 2017 aus, dass der Beschwerdeführer aktuell über keine namhaften psychischen Beeinträchtigungen, sondern lediglich über von der Schmerzintensität abhängige, als subsyndromal einzustufende psychische Reaktionen vor allem im Sinne einer erhöhten Reizbarkeit mit konsekutiver Rückzugstendenz berichtet habe. Die Angaben des Beschwerdeführers seien konsistent. Er schildere insbesondere auch eine ausreichende Fähigkeit zur Tagesstrukturierung und eine gute Alltagsselbstständigkeit (IV-act. 147-57). Die AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befunde seien regelrecht. In der Gegenübertragung sei keine namhafte psychiatrische Beeinträchtigung spürbar. Insbesondere seien die Achsensymptome einer depressiven Störung (tiefe Traurigkeit, Interessenlosigkeit, Antriebslosigkeit) nicht evident. Weiterhin ergäben sich keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auch vor dem Hintergrund des Fehlens eines fehlverarbeiteten innerseelischen Konfliktes (IV-act. 147-55f.). Mit Bezug auf das MGSG-Gutachten sei dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger in Österreich, vom 15. März 2016 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende mittelgradige depressive Episode, bestehend seit etwa 08/2014 bei Z. n. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, bestehend von etwa 09/2012 bis 08/2014 zu entnehmen. Es sei eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum, also eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit postuliert worden seit 08/2014 für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit werde eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bei einem vollen Stundenpensum angenommen. Im Gutachten werde weiterhin aufgeführt, dass der Versicherte zu jener Zeit 60mg Cymbalta eingenommen habe und keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erfolgt sei. Im psychopathologischen Befund sei ausgeführt worden, dass der Beschwerdeführer bedrückt, affektiv vermindert schwingungsfähig bis affektlabil, weinerlich, nicht aufhellbar und psychomotorisch etwas unruhig sowie im Antrieb eher



vermindert gewesen sei. Übereinstimmend mit den aktuellen anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers seien Existenz- und Zukunftsängste aufgeführt worden. Das Denken sei negativistisch gewesen. Aus Sicht des aktuellen Gutachters könne anhand der im Gutachten dargelegten objektiven Untersuchungsbefunde und der aktuellen anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers eine psychische Reaktionsbildung im Sinne einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ca. im Sommer 2016 nachvollzogen werden. Hingegen seien die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode nicht erfüllt. Gegen einen üblicherweise aus einer derartigen Erkrankung resultierenden namhaften Leidensdruck spreche auch, dass zu jener Zeit und bis anhin sowie vorbestehend keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erfolgt sei. Insbesondere könne auch die postulierte Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion seit 2014 unter Zugrundelegung der aktuellen anamnestischen Angaben nicht nachvollzogen werden.

Dementsprechend könne retrospektiv die Bewertung zur Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit ebenfalls nicht bestätigt werden. Vor dem Hintergrund, dass sich lediglich eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bestätigen lasse, könne von Seiten des aktuellen Gutachters allenfalls eine maximal 30%ige Arbeitsunfähigkeit vom Sommer 2016 bis maximal zum Spätherbst 2016 nachvollzogen werden. Eine vorbestehende Arbeitsunfähigkeit bedingt durch eine psychische Erkrankung sei nicht evident. Ebenfalls gegen eine namhafte psychiatrische Einschränkung spreche, dass in sämtlichen anderen im Dossier vorhandenen ärztlichen Berichten vor dem Gutachten und nach der Begutachtung keine namhaften psychischen Einschränkungen beschrieben worden seien (IV-act. 147-57f.).

**2.6.** Während gestützt auf die Ausführungen von Dr. K.\_\_\_\_ für den Zeitpunkt der Begutachtung (November 2017) plausibel und nachvollziehbar eine psychische Beeinträchtigung des Beschwerdeführers verneint werden kann, vermag seine retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht zu überzeugen. So geht er davon aus, dass im Zusammenhang mit der Kündigung der Arbeitsstelle eine psychische Belastung des Beschwerdeführers stattgefunden habe, datiert diese allerdings fälschlicherweise auf Sommer 2016 (IV-act. 147-56), anstatt korrekt auf Ende Jahr 2015 (vgl. IV-act. 94). Auch die Begutachtung durch Dr. L.\_\_\_\_ fand am 11. März 2016 und somit vor dem Sommer 2016 statt. Zu diesem Zeitpunkt bestand gemäss Dr. L.\_\_\_\_ eine psychische Beeinträchtigung des Beschwerdeführers, unter anderem schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen sowie Schlafverkürzung (IV-act. 110-32), welche wohl mit der nachträglich diagnostizierten Spondylarthritis im Zusammenhang stehen. Jene verursachte gemäss dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ (IV-act. 147-43) seit Sommer 2014 starke nächtliche Thoraxwandschmerzen. Auf August 2014



hat das MGSG-Gutachten sodann auch eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 30% festgesetzt (vgl. IV-act. 110-34). Ab Ende 2016 ist gemäss dem Rheumatologen Dr. F.\_\_\_\_ infolge der Behandlung mit Humira offensichtlich eine Besserung der Beschwerden und damit auch eine Verbesserung des psychischen Zustands beim Beschwerdeführer eingetreten (IV-act. 125-3ff.). Damit ist mit dem Gutachten der MGSG für die Zeit von August 2014 bis Dezember 2016 von einer Arbeitsfähigkeit adaptiert von 70% auszugehen, was im Übrigen auch insofern mit den RAD-Stellungnahmen übereinstimmt, als diese ebenfalls für den Zeitpunkt der MGSG-Begutachtung von einer mittelgradigen depressiven Episode und einer seither eingetretenen Verbesserung ausgehen (IV-act. 153-2, vgl. auch IV-act. 111-1). Wie in der Beschwerdeantwort festgehalten wird, kann damit die abweichende Beurteilung der beiden psychiatrischen Gutachter durch eine in der Zwischenzeit eingetretene vollständige Remission des depressiven Zustandsbilds erklärt werden (vgl. act. G 4 S. 4 unten).

**2.7.** Übereinstimmend gehen sowohl die Gutachter der Neurologie G.\_\_\_\_ als auch des MGSG davon aus, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Hausärztin des Beschwerdeführers von 50% nicht bestätigt werden könne (vgl. IV-act. 110-8, 147-63). Gemäss Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2018 waren die von der Hausärztin erwähnten Befunde den Gutachtern bekannt und habe sie keine neuen Fakten vorgebracht (IV-act. 153). Schliesslich kann auch der Rechtsvertreter nichts vorbringen, weshalb die Einschätzung der Hausärztin gegenüber der umfassenden Beurteilung der Gutachter nachvollziehbarer sein sollte. Insbesondere vermag die Begründung, der Beschwerdeführer habe trotz zahlreicher Bemühungen sein Arbeitspensum nicht über 50% erhöhen können (vgl. act. G 1, S. 9), nicht zu überzeugen. Wie die Gutachter der Neurologie G.\_\_\_\_ hierzu nachvollziehbar ausführten, sei der Beschwerdeführer nicht bereit, das zeitliche Pensum zu steigern. Er sei durch die seit 2013 und 2015 vertraglich fixierte Arbeitszeit an einen speziell für ihn eingerichteten Arbeitsplatz (den es offenbar ohne ihn nicht gäbe) gebunden und habe durch psychische Reaktionen eine gewisse Rückzugstendenz entwickelt. Er würde wohl sein Gesicht verlieren und den Verlust des langjährig angestammten Arbeitsumfeldes riskieren, wenn er sein Pensum nun nach fünf Jahren plötzlich steigern würde. Zudem seien seine Chancen auf dem freien Arbeitsmarkt gering und wäre der Verlust des jetzigen Arbeitsplatzes für ihn schlimm (IV-act. 147-61f.).

**2.8.** Zusammenfassend erscheinen auf Grund der obigen Ausführungen sowohl das Gutachten der MGSG vom 2. Mai 2016 als auch das Gutachten der Neurologie G.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2017 grundsätzlich - mit Ausnahme der retrospektiv abweichenden



Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters der Neurologie G.\_\_\_\_ - schlüssig und nachvollziehbar. Sie stützen sich auf die vorhandenen Berichte und die eigenen Befunde und führen verständlich aus, aus welchen Gründen von früheren ärztlichen Beurteilungen abgewichen wird. Folglich wird gestützt darauf und unter Berücksichtigung obiger Erwägungen festgestellt, dass ab März 2012 eine leidensadaptierte Tätigkeit zu 100% zumutbar war, für die Zeit von August 2014 bis Dezember 2016 von einer Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten von 70% und ab Januar 2017 von 100% auszugehen ist.

### 3.

**3.1.** Gestützt auf die obigen Arbeitsfähigkeiten ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bestimmen. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**3.2.** Gemäss Neurologie G.\_\_\_\_ besteht in der angestammten Tätigkeit als Kranführer seit März 2012 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 147-62). Das Wartejahr war somit spätestens im März 2013 abgelaufen (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Zu diesem Zeitpunkt bestand keine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit und daher gemäss nachfolgender Berechnung kein Rentenanspruch. Nachdem in angepasster Tätigkeit auf Grund des neu diagnostizierten Leidens, nämlich einer mittelgradigen depressiven Episode mit starken Thoraxwandschmerzen bei Morbus Bechterew, ab August 2014 die Arbeitsfähigkeit auch in adaptierten Tätigkeiten zu 30% eingeschränkt war, beginnt ein allfälliger Rentenanspruch auf Grund der reduzierten Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten nach Ablauf eines weiteren Wartejahres im August 2015 (vgl. Art. 29<sup>bis</sup> IVV). Ausgehend vom IK-Auszug für das Jahr 2010, wonach der Beschwerdeführer ein Jahreseinkommen von Fr. 70'501.-- erzielte (IV-act. 9-1), und angepasst an die Nominalentwicklung (vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, T 39 Entwicklung der Nominallöhne, Männer) ergibt dies für das Jahr 2013 ein Valideneinkommen von Fr. 72'238.-- (Fr. 70'501.-- / 2151 x 2204). Beim Invalideneinkommen ist schliesslich auf die Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) abzustellen, wonach der Hilfsarbeiterlohn im Jahr 2013 Fr. 65'654.-- betrug (vgl. Gesetzessammlung Invalidenversicherung, Informationsstelle AHV/IV [Hrsg.], Anhang 2: Lohnentwicklung).



**3.3.** Sodann stellt sich die Frage, ob ein sog. Leidensabzug zu gewähren ist. Gemäss Praxis hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - insbesondere auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalls ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Leidensabzugs ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt etwa in AHl 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

**3.4.** Infolge des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils auf körperlich leichte bis mittelschwere und ausschliesslich oder überwiegend sitzende Tätigkeiten (vgl. IV-act. 147-62f.) und auf Grund des auch unter Medikation zu Infektionen und damit wohl zu gehäufteren Arbeitsunfähigkeiten führenden Morbus Bechterew (vgl. IV-act. 125-5), erscheint ein Tabellenlohnabzug von 10% gerechtfertigt. Wird zusätzlich ein Tabellenlohnabzug von 10% berücksichtigt, resultiert für die Zeit ab März 2013 ein Invalideneinkommen von Fr. 59'089.-- (Fr. 65'654.-- x 90%), ein Erwerbsausfall von Fr. 13'149.-- (Fr. 72'238.-- - Fr. 59'089.--) und in der Folge ein IV-Grad von 18% (100 / Fr. 72'238.-- x Fr. 13'149.--). Für die Zeit ab August 2015 resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 41'362.-- (Fr. 65'654.-- x 70% X 0.9), ein Erwerbsausfall von Fr. 30'876.-- (Fr. 72'238.-- - Fr. 41'362.--) und in der Folge ein IV-Grad von 43% (100 / Fr. 72'238.-- x Fr. 30'876.--). Somit hat der Beschwerdeführer befristet für die Zeit von August 2015 bis 31. März 2017 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine Viertelsrente.

## 4.

**4.1.** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 22. Mai 2018 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer vom 1. August 2015 bis 31. März 2017 eine befristete Viertelsrente auszurichten.

**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> des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie zu zwei Dritteln vom Beschwerdeführer und zu einem Drittel von der Beschwerdegegnerin zu tragen. Der geleistete Kostenvorschuss von



Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer an seinen Anteil von Fr. 400.-- anzurechnen und in der Höhe von Fr. 200.-- zurückzuzahlen.

**4.3.** Auf Grund des Obsiegens zu einem Drittel hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erschiene bei vollständigem Obsiegen eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Auf Grund des nur teilweisen Obsiegens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Fr. 1'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 22. Mai 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer vom 1. August 2015 bis 31. März 2017 eine befristete Viertelsrente zugesprochen.

#### 2.

Die Gerichtskosten von insgesamt Fr. 600.-- sind zu zwei Dritteln dem Beschwerdeführer und zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- an seinen Anteil von Fr. 400.-- angerechnet. Die übrigen Fr. 200.-- werden ihm zurückerstattet.

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.