

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/6 vom 25. Oktober 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_6

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/6 du 25 octobre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/6 del 25 ottobre 2019

Regeste

Art. 28 Abs. 1 IVG. Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV. Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens bejaht. Anspruch auf befristete Rente. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Oktober 2019, IV 2019/6).

Volltext

Entscheid vom 25. Oktober 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Versicherungsrichter Joachim Huber; a.o. Gerichtsschreiberin Julia Dillier Geschäftsnr. IV 2019/6 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ war zuletzt befristet vom September bis Dezember 2012 als Küchenhilfe im Café B.____ angestellt. Zuvor war er vom 1. Januar 2008 bis 31. Juli 2012 als Hilfskoch im Café C.____ beschäftigt (vgl. IV-act. 20). Aufgrund der Folgen eines am 9. Juni 2016 erlittenen akuten kardialen Ereignisses meldete sich der Versicherte im September 2016 (Eingangsdatum: 5. September 2016) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (nachfolgend: IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 23). Gestützt auf eine entsprechende Einschätzung des Hausarztes des Versicherten, Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 28. September 2016 (IV-act. 29) sowie aufgrund der Beurteilung durch den IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), Dr. E.____, vom 18. Oktober 2016 (IV-act. 32) ging die IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus und verneinte mit Mitteilung vom 3. Februar 2017 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen (IV-act. 44). Mit Schreiben vom 2. März 2017 verlangte der Versicherte eine schriftliche und beschwerdefähige Verfügung (IV-act. 45). Gegen die von der IV-Stelle in der Folge erlassene Verfügung vom 10. März 2017 (IV-act. 46) erhob der Versicherte Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (IV-act. 50). Als Beilage reichte er den Austrittsbericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 11. März 2017 ein (IV-act. 52). Gestützt auf diesen Austrittsbericht stellte Dr. E.____ vom RAD am 27. April 2017 fest, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten bereits zum Zeitpunkt der neurologischen Untersuchung am 9. September 2016 verschlechtert habe. Somit könne nicht weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden (IV-act. 56). Infolgedessen wiederrief die IV-Stelle die Verfügung vom 10. März 2017 und das Gerichtsverfahren wurde abgeschrieben (IV-act. 60 und 62). Im Zuge der weiteren Abklärungen wurden aktuelle Arztzeugnisse einverlangt. Dr. F.____, Arzt Gefässchirurgie des Kantonsspitals St. Gallen, stellte am 13. April 2017 fest, dass beim Versicherten ein

sehr erfreulicher Verlauf nach Hybridsatz des rechten Leistenverteilers am 7. März 2017 nach einer schweren Claudicatio Typ Fontaine Stadium II b vorliege. Die periphere Durchblutung sei komplett normalisiert und die medikamentöse Sekundärprophylaxe optimal eingestellt (IV-act. 87). Im Bericht vom 19. Mai 2017 hielt Prof. Dr. F.____ aufgrund der gefässchirurgischen Sprechstunde tags zuvor fest, von Seiten der peripheren Perfusion bestünde keine Arbeitsunfähigkeit. Allerdings sei von kardialer Seite her eine entsprechende Bestätigung wahrscheinlich möglich und sinnvoll (IV-act. 86). Auch Dr. med. G.____, Oberassistentärztin Gefässchirurgie des Kantonsspitals St. Gallen, hielt am 22. Mai 2017 bei diagnostizierter schwerer Claudicatio II b re nach Kanülierungstrauma lymphozele sowie Out-of-hospital-Reanimation mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest, aktuell liege keine Claudicatio vor, sondern eine reizlos verheilte Narbe inguinal; aus gefässchirurgischer Sicht bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Aus kardialer Sicht könne sie keine Aussage machen (IV-act. 64). Gemäss Bericht der Lungenliga vom 24. Juli 2017 zeigte die technische Kontrolle des CPAP-Gerätes keine Auffälligkeiten. Die Therapie würde eine gute subjektive und objektive Wirkung zeigen (IV-act. 79-2). RAD-Arzt Dr. E.____ befand am 25. Juli 2017, eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit könne heute angenommen werden. Adaptionskriterium sei eine körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit. Für eine genauere Beurteilung sollten weitere medizinische Berichte einverlangt werden (IV-act. 66). Am 7. August 2017 untersuchten Dr. med. H.____, Oberarzt, und Dr. med. I.____, Assistenzarzt Kardiologie Kantonsspital St. Gallen, den Versicherten und hielten am Tag darauf fest, dieser stelle sich klinisch beschwerdefrei für kardiale Symptome vor. Spaziergänge seien möglich. Es bestehe eine unauffällige ICD-Funktion (IV-act. 80). Dr. med. J.____, Oberärztin Gefässchirurgie des Kantonsspitals St. Gallen, befand anlässlich der gefässchirurgischen Sprechstunde vom 10. Oktober 2017, beim Versicherten bestehe ein messtechnisch sehr gutes Resultat nach Leisten-Rekonstruktion vom März 2017. Die beim Gehen nach jeweils ca. 200 Meter auftretenden Schmerzen seien aufgrund der heutigen Messresultate mit normaler Ruhe- aber auch Belastungsperfusion und nahezu normalen Oszillographiekurven sowie palpablem Puls nicht gefässmedizinisch erklärbar. Allerdings hätten sich die exakt gleichen Schmerzen durch Dehnung der Beinmuskulatur auslösen lassen. Klinisch seien die Muskeln in diesem Bereich etwas verkürzt (IV-act. 85). Im Rahmen der am 5. März 2018 durchgeführten gefässchirurgischen Untersuchung des Versicherten hielten Dr. G.____ und PD Dr. med. K.____, Stv. Chefärztin Gefässchirurgie, fest, es fände sich eine normale Ruheperfusion. Die vom Versicherten beschriebenen Schmerzen würden weiterhin nicht als vaskulärer Schmerz interpretiert, sondern eher als muskulär verursacht, dies v.a. weil die Schmerzen sowohl in Ruhe, als auch unter Belastung auftreten würden und auf Druck auslösbar seien (IV-act. 99). Dr. L.____, Fachärztin Neurorehabilitation, und Dr. med. M.____, Oberärztin/Fachärztin Neurologie, erklärten am 29. März 2018 bezugnehmend auf ihren Bericht vom 30. November 2017 und gestützt auf die Untersuchung vom 9. März 2018, insgesamt würden sie sich der Beurteilung der Gefässchirurgen anschliessen, dass es sich vor allem um muskuläre dekonditionierungsbedingte Schmerzen bei muskulärem Hartspann handle. Der Versicherte solle im Rahmen eines Wiedereingliederungsverfahrens mit einer Teilbelastung von z.B. zwei bis drei Stunden in seinem angestammten Tätigkeitsbereich als Küchenhilfe starten. Eine Wiedereingliederung auf dem freien Markt hielten sie aktuell noch nicht für realistisch, sei jedoch bei gutem Gelingen der Wiedereingliederungsmassnahmen durchaus denkbar (IV-act. 96). Gestützt auf Empfehlung des RAD-Arztes in der Stellungnahme vom 12. April 2018 (IV-act. 103-4) liess die

IV-Stelle den Versicherten vom BEGAZ Begutachtungszentrum Basel-Landschaft polydisziplinär (neurologisch, kardiologisch, pneumologisch, psychiatrisch, allgemeininternistisch, neuropsychologisch, angiologisch und orthopädisch) abklären. In ihrem Gutachten vom 10. September 2018 hielten die Fachärzte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: 1. Obstruktives Apnoehypopnoesyndrom; 2. Periphere arterielle Verschlusskrankheit formal im Stadium I nach Fontaine rechts bei Status nach überschüssender neointimaler Hyperplasie nach Kanülierung der A. iliaca externa rechts und Status nach Hybridersatz mit Dacron-Interponat zwischen distalen A. iliaca externa und proximaler A. femoralis superficialis, Re-Implantation der Profunda femoris und PTA des Abgangs der A. iliaca externa bzw. des femoropoplitealen Übergangs am 7. März 2017; 3. Out-of-hospital-Reanimation und Inhospital-Reanimation bei Bretkomplex-tachykardie, DD Torsade-de Pointes am 9. Juni 2016 (Echokardiographie: Hyperdynamie linksventrikuläre Funktion ohne regionale Motilitätsstörung; Koronarographie: Linksversorger Typ, koronare Arteriosklerose, 70%ige Stenose eines Seitenastes des ersten Diagonalastes der RCX mit gutem Fluss, keine Intervention) sowie 4. Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit im Schwerpunkt bifrontale Hirnfunktionsschwächen. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe seit Januar 2018 für die angestammte als auch für adaptierte Tätigkeiten eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 10% (IV-act. 109). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD-Arztes (IV-act. 121) wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen mit Mitteilung von 13. September 2018 ab (IV-act. 124). Mit Vorbescheid vom 18. Oktober 2018 stellte sie ausserdem die Abweisung seines Gesuchs auf Rentenleistungen in Aussicht (IV-act. 127). Dagegen erhob der Versicherte am 21. November 2018 Einwand und beantragte die Neuüberprüfung des Einkommensvergleichs (IV-act. 131). Am 11. Dezember 2018 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 127). Gegen die Verfügung vom 11. Dezember 2018 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 9. Januar 2019. Der Beschwerdeführer beantragt darin, es sei die Verfügung vom 11. Dezember 2018 aufzuheben, es sei eine detaillierte Prüfung des Einkommensvergleichs zu veranlassen und es sei der rechtliche Anspruch bzw. die aktuelle medizinische Situation aufgrund der vorliegenden Berichte angemessen zu berücksichtigen. Gleichzeitig beantragt er die unentgeltliche Rechtspflege (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führt im Wesentlichen aus, dass vollumfänglich auf das BEGAZ-Gutachten abgestellt werden könne. Zu Recht werde vom Beschwerdeführer der Beweiswert des Gutachtens nicht bestritten. So hätten die Gutachter die vorliegenden Akten angemessen gewürdigt und allfällige abweichende Diagnosen begründet. Gemäss den Gutachtern ergebe die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung eine 90%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Bei der Feststellung des Valideneinkommens habe sie sich auf den LSE-Tabellenlohn, TA 1 der LSE 2015 für das Jahr 2015 abgestützt und habe diesen für das Jahr 2016 aufgewertet (Tabellenlohn TA 1 für das Jahr 2014: Fr. 66'453.-- * 0.4% [Nominallohnerhöhung für Aufrechnung Jahr 2015]). Dies ergebe einen Validenlohn von Fr. 66'719.--. Von dieser Basis sei sodann der Invalidenlohn ausgerechnet worden (90%). Bei der Gegenüberstellung des Valideneinkommens mit dem Invalideneinkommen resultiere eine Erwerbseinbusse von lediglich Fr. 6'673.-- und somit ein Invaliditätsgrad von 10%, was für einen Rentenanspruch nicht ausreiche. Zusammengefasst sei die angefochtene Verfügung zu Recht erfolgt (act. G5). Die Verfahrensleitung hat gestützt auf die vorliegenden Akten die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) am 25. Februar 2019 bewilligt (act. G6).

Der Beschwerdeführer hat die Frist zur Einreichung einer allfälligen Replik unbenutzt verstreichen lassen (vgl. act. G8). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 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 (BGE 125 V 261 E. 4). 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). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen

(BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung des Beschwerdeführers stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der BEGAZ vom 10. September 2018 mit den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Angiologie, Pneumologie, Psychiatrie, Orthopädie, Kardiologie, Neurologie und Neuropsychologie (IV-act. 109). Es ist zunächst zu prüfen, ob dieses beweistauglich ist. Allgemeininternistisch wurde der Beschwerdeführer am 18. Juni 2018 von Dr. med. N.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, SIM zertifizierter medizinischer Gutachter, untersucht. Bei der klinischen Untersuchung wurde folgendes festgestellt: Der Explorand sei 185 cm gross und 95 kg schwer, der Blutdruck links sitzend betrage 140/80 mmHg, regelmässiger Puls, Vesikuläratmen, die Pulse seien unauffällig. Aktuell seien keine Ödeme vorhanden, das Abdomen sei adipös und nicht weiter beurteilbar, normale Darmgeräusche, keine Organomegalie soweit beurteilbar (IV-act. 114-12). Der allgemeininternistische Gutachter stellte sodann keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sowie keine relevanten Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 114-13). Gegenüber dem angiologischen Gutachter, Dr. med. O.____, FMH Angiologie, beklagte der Beschwerdeführer am 25. Juni 2018 massive krampfartige Schmerzen seit der zweiten Operation [am 7. März 2017] im rechten Ober- und Unterschenkel. Nach längerem Sitzen (ca. 20 Minuten) bekomme er einen massiven Krampf im rechten Ober- und Unterschenkel. Er müsse dann aufstehen und umhergehen, bis der Krampf wieder rückläufig werde. Auch nach längerem Stehen habe er dieselben Schmerzen. Beim normalen Gehen komme es nach einer Gehstrecke von 100 bis 150 Meter ebenfalls zu krampfartigen Schmerzen im Ober- und Unterschenkel (IV-act. 116-4 f.). Bei der klinischen Untersuchung wurde folgendes festgestellt: Auf der rechten Seite sei der Puls der A. femoralis communis und A. poplitea palpabel, der Puls der A. tibialis posterior sei schwach palpabel und der Puls A. dorsalis pedis sei nicht palpabel. Auf der rechten Seite sei ein Strömungsgeräusch im rechten Unterbauch und im Bereich der Leiste zu hören. Auf der linken Seite sei der Puls der A. femoralis communis palpabel, ebenfalls die Pulse der A. poplitea, A. tibialis posterior und A. dorsalis pedis. Links seien keine Strömungsgeräusche auskultierbar. Die Pulse der oberen Extremitäten und der Aorta seien gut palpabel und es seien keine Strömungsgeräusche im Bereich der Karotiden feststellbar (IV-act. 116-8). Der Gutachter diagnostizierte eine periphere arterielle Verschlusskrankheit, formal im Stadium I rechts, einen Status nach überschüssender neointimaler Hyperplasie nach Kanulierung der A. iliaca externa rechts nach kardialer Reanimation und einen Status nach Hybridersatz mit Dacron-Interponat zwischen distalen A. iliaca externa und proximaler A. femoralis superficialis, Re-Implanation der Profunda femoris und PTA des Abgangs der A. iliaca externa, bzw. des femoropoplitealen Übergangs am 7. März 2017 sowie arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus und Status nach Nikotinabusus als kardiovaskuläre Risikofaktoren und mass diesen Diagnosen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (IV-act. 116-13). Der Gutachter führte weiter aus, die geschilderten Beschwerden im

rechten Bein seien nicht allein arteriell bedingt. Die Schmerzen in Ruhe seien aufgrund der gemessenen Werte und der klinischen Befunde nicht erklärbar. Ein Teil der belastungsabhängigen Beinschmerzen rechts seien sicher auch arteriell bedingt, formal bestehe aber nur eine PAVK im Stadium I, da keine typische Claudicatio intermittens angegeben werde. In seinem Beruf als Küchenhilfe in einem Restaurant sei der Exporand zu 90% arbeitsfähig. Die 10%-ige Arbeitsunfähigkeit entstehe aufgrund der gefässchirurgischen Operation, der nachgewiesenen Stenose im proximalen Interponat und dem Verdacht auf partielle Verschlüsse der Unterschenkelarterien bei einer aktuell nicht relevanten peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (IV-act. 116-14). Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit äusserte sich der Gutachter dahingehend, dass sitzende oder stehende Tätigkeiten oder Tätigkeiten, bei welchen längere Gehstrecken absolviert werden müssten, der Explorand bei Bedarf aber absitzen könne, zu 100% zumutbar seien (IV-act. 116-15). Die Beurteilung des angiologischen Gutachters, der eine periphere arterielle Verschlusskrankheit, formal im Stadium 1 rechts diagnostizierte und eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 10% attestierte, erscheint vor dem Hintergrund der übrigen medizinischen Unterlagen nachvollziehbar: So hatten bereits die ärztlichen Fachpersonen des Kantonsspital St. Gallen am 22. Mai 2017 festgestellt, dass keine Claudicatio mehr vorliege. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hatten sie ausgeführt, dass aus gefässchirurgischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 64-2 f.; vgl. auch IV-act. 86 und 87 von Prof. Dr. F.____). Auch Dr. J.____ hatte gemäss ihrem Bericht vom 11. Oktober 2017 ein messtechnisch sehr gutes Resultat nach Leisten-Rekonstruktion im März 2017 festgestellt. Die beim Gehen nach jeweils ca. 200 Meter auftretenden Schmerzen seien mit normaler Ruhe- aber auch Belastungsperfusion und nahezu normalen Oszillographiekurven sowie palpablen Puls nicht gefässmedizinisch erklärbar (IV-act. 85-3 f.). Damit ist in angestammter Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 10% aus angiologisch-gefäss-chirurgischer Sicht erstellt. Für adaptierte Tätigkeiten liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor. Gemäss den echtzeitlichen Arztberichten gilt dies bereits seit Mai 2017 (IV-act. 64). Dem pneumologischen Gutachter, Dr. med. P.____, FMH Innere Medizin spez. Lungenkrankheiten, schilderte der Beschwerdeführer am 25. Juni 2018, er habe während der Nacht Atemprobleme. Im 2013 habe er wegen Schlafstörungen und nächtlichen Atemproblemen seinen Hausarzt aufgesucht. Dieser habe ihn an Dr. med. Q.____ überwiesen. Seit 2016 habe er nun ein Therapiegerät. Er könne ca. vier bis fünf Stunden schlafen, ehe er mit trockenem Hals aufwache und das Gerät bei Seite legen müsse (IV-act. 112-4). Der Gutachter diagnostizierte beim Beschwerdeführer ein obstruktives Apnoehypopnoesyndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In seiner Beurteilung führte Dr. P.____ aus, das Apnoehypopnoesyndrom bewirke weder in angestammter noch in angepasster Tätigkeit eine zeitliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit. Auf Schichtarbeiten und berufliche Chauffeurdienste sei jedoch zu verzichten (IV-act. 112-5). Damit stimmt der Gutachter mit der Beurteilung der Lungenliga St. Gallen vom 24. Juli 2017 überein, wo ebenfalls eine mittelschwere obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert worden war. Dem Bericht ist ausserdem zu entnehmen, dass die technische Kontrolle des CPAP-Gerätes keine Auffälligkeiten ergeben hatte. Die Therapie würde eine gute subjektive und objektive Wirksamkeit zeigen (IV-act. 79). Auch Dr. Q.____ hatte am 19. September 2013 aufgrund einer verstärkten Tagesmüdigkeit und Schläfrigkeit sowie Schlafstörungen die Diagnose eines leichten, vorwiegend zentral/gemischten Schlafapnoesyndroms mit dem Verdacht auf vorwiegend REM assoziierten obstruktiven Apnoen festgestellt. Schlafmedizinisch seien keine Massnahmen zu realisieren. Das grösste Problem liege in einer schlechten

Schlafhygiene (IV-act. 88). Dem psychiatrischen Gutachter, Dr. med. R.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete der Beschwerdeführer am 2. Juli 2018, er leide seit drei Jahren unter Beinbeschwerden, auch hätten sich eine Müdigkeit und Schwindelbeschwerden eingestellt. In psychischer Hinsicht würde ihm die ganze Situation zu schaffen machen, doch fühle er sich nicht ausgesprochen depressiv oder anderweitig psychisch beeinträchtigt (IV-act. 113-2 f.). Der Gutachter konnte beim Beschwerdeführer keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen, jedoch festhielt, dass der Explorand vom Hausarzt 30mg Mirtazapin (einzunehmen jeweils am Abend) verordnet bekommen habe (IV-act. 113-3 und 113-8). Im Befund schrieb der psychiatrische Gutachter, der Explorand sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen, es habe sich keine Störung der kognitiven Funktion gezeigt. Er habe mit klarer und fester Stimme gesprochen, die Antworten seien rasch gekommen. Soweit feststellbar hätten keine formalen und inhaltlichen Denkstörungen festgestellt werden können. Es hätten keine Hinweise auf Zwänge, Wahn oder psychotische Phänomene eruiert werden können. Die affektive Modulation sei erhalten gewesen, ebenfalls die gestische und mimische Mitbeteiligung, psychosomatisch sei er unauffällig gewesen (IV-act. 113-6). Der Explorand lebe zwar in einer belastenden psychosozialen Situation und kämpfe seit einigen Jahren mit gesundheitlichen Beschwerden, doch hätten keine Hinweise auf eine Fehlverarbeitung oder sekundäre psychische Störung gefunden werden können. Es fänden sich auch keine Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten oder primäre psychische Erkrankungen. Es könne demnach aus rein psychiatrischer Sicht auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Der Explorand sei vorwiegend aufgrund der körperlichen Problematik im Alltag beeinträchtigt und auf Hilfe angewiesen. Eine psychiatrische Therapie sei nicht notwendig. Es bestehe schon seit längerem eine psychosozial belastende Situation, mit der der Explorand adäquat umgehe. In Bezug auf das Mirtazapin führte der Gutachter aus, es sei unklar, weswegen dem Exploranden ein sedierendes Antidepressivum verschrieben worden sei, vermutlich jedoch aufgrund der Sedation und der schlafanstossenden Wirkung (IV-act. 113-7 ff.). Die Akten enthalten keine Hinweise auf eine mögliche psychische Gesundheitsbeeinträchtigung. Auch hatte der Beschwerdeführer nie einen Psychiater oder einen Psychotherapeuten aufgesucht, woraus geschlossen werden kann, dass er diesbezüglich keinen Leidensdruck verspürte. In Anbetracht dessen erscheint die Beurteilung des Gutachters, es bestehe beim Beschwerdeführer keine psychische Erkrankung, nachvollziehbar. Demnach ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer invalidenversicherungsrechtlich keine relevante psychische Störung auszumachen ist. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass dem Beschwerdeführer Mirtazapin verschrieben wurde. Der Hausarzt Dr. D.____ hatte sich anlässlich des ärztlichen Berichts zur Eingliederung am 28. September 2016 nicht zu einer allfälligen psychischen Störung des Beschwerdeführers geäußert und hatte ihm eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-act. 29). Angesichts des vom Pneumologen diagnostizierten obstruktiven Apnoehypopnoesyndroms erscheint die Einschätzung des psychiatrischen Gutachtes nachvollziehbar, wonach das Mirtazapin ausschliesslich aufgrund der schlafanstossenden Wirkung verschrieben worden sei. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht besteht gemäss dem Gutachter, Dr. med. S.____, FMH Orthopädische Chirurgie, keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Untersuchung vom 3. Juli 2018; IV-act. 120-9). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, aus orthopädischer Sicht ergebe sich für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchengehilfe keine begründbare Arbeitsunfähigkeit. Nicht mehr sinnvoll seien ständig

mittelschwere und schwere Tätigkeiten, Überkopfarbeiten und Tätigkeiten in absturzgefährdeter Position (wie Leitern, Gerüste etc.). In angepassten Tätigkeiten sei der Explorand für leichte und intermittierend mittelschwere, vorzugsweise wechselbelastende Tätigkeiten unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen vollschichtig arbeitsfähig (IV-act. 120-10 f.). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht vom 11. Juli 2018 führte Dr. med. T. ____, FMH Kardiologie, aus, dass er den Beschwerdeführer aufgrund der Befunde aktuell in seiner angestammten Tätigkeit für 100% arbeitsfähig erachte. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Thoraxbeschwerden seien extrakardialer Natur. Die Blutdruckwerte seien gut eingestellt und es bestehe eine normale systolische und diastolische linksventrikuläre Funktion (IV-act. 111-13). Das erscheint plausibel, zumal auch das Kantonsspital St. Gallen anlässlich der kardiologischen Untersuchung vom 8. August 2017 bereits festgestellt hatte, dass sich der Beschwerdeführer – soweit sprachlich eruierbar – klinisch beschwerdefrei für kardiale Symptome zeige. Spaziergänge seien möglich. Es bestehe eine reizlose ICD-Loge links, kardial kompensiert, BD 115/75 mmHg. Die Impedanz-, Sensing- und Reizschwellenwerte der Elektroden seien stabil (IV-act. 80-3). Im Bericht vom gleichen Tag war festgehalten worden, dass anamnestisch keine Hinweise auf eine Schrittmacherdysfunktion vorliegen würden. Der Beschwerdeführer sei stabil (NYHA-I-II). Seit der Hospitalisation bestehe ein orthostatischer Schwindel, erneute Synkopen seien jedoch nicht aufgetreten (IV-act. 29-4). Der Beschwerdeführer wurde am 11. Juli 2018 neurologisch durch Dr. med. U. ____, FMH für Neurologie, SIM zertifizierter Gutachter, abgeklärt. Er schilderte dem Gutachter, er leide unter stechenden Schmerzen im linken Brustbein, die nur bei Bewegung des linken Armes auftreten würden. Im rechten Bein habe er krampfartige Schmerzen. Er könne lediglich ca. 100 bis 150 Meter am Stück gehen, dann würden die krampfartigen Schmerzen auftreten. Er müsse dann eine Pause einlegen und das rechte Bein bewegen. Treppenaufgehen könne er gar nicht. Er habe auch Schmerzen im linken Bein, aber deutlich weniger. Er sei zwei Mal am rechten Bein, letztmals im März 2017 operiert worden. Beide Operationen hätten bezüglich Besserung der Schmerzen nichts gebracht (IV-act. 110-6 f.). Der Gutachter stellte in seinem neurologischen Teilgutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen Status nach einer distal betonten Parese der linken oberen Extremität mit Dysmetrie im linken Arm und Dysdiadochokinese links bei hämodynamisch bedingtem ischämischem Infarkt im rechten Mediastromgebiet am 9. Juni 2016. Diesbezüglich habe sich der Explorand erholt. Aktuell könnten keine distal betonten Paresen und keine Dysmetrie mehr nachgewiesen werden und die Diadochokinese sei flüssig gewesen (IV-act. 110-15). Zudem stellte der Gutachter ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine sensible Polyneuropathie bei leicht verminderter Vibrationsempfindung im Bereich der Füße und einen noch knapp auslösbaren Achillessehnenreflex bei Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10: G63.2) sowie einen fehlenden Patellarsehnenreflex rechts, vereinbar mit einem Status nach Läsion des N. femoralis rechts (ICD-10: G57.2), fest (IV-act. 110-13). Unter den funktionellen Auswirkungen der Befunde führte Dr. U. ____, neurologisch keine Diagnose mit einer entsprechend funktionellen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (IV-act. 110-15). An dieser Einschätzung vermögen die Berichte des Kantonsspitals St. Gallen vom 30. September 2016, 9. August 2017 (basierend auf der Untersuchung vom 7. Juli 2017) und 29. März 2018 nichts zu ändern (IV-act. 38, 93 und 96). Der neurologische Gutachter hat sich mit den bei den Akten liegenden Unterlagen, insbesondere mit den obgenannten

Arztberichten, auseinandergesetzt und nachvollziehbar unter Berücksichtigung der klinischen Untersuchung aufgezeigt, dass die damaligen Befunde heute nicht mehr bestehen (IV-act. 110-16). Im Schreiben vom 29. März 2018 hatten sich Dr. L.____ sowie Dr. M.____ zur Arbeitsunfähigkeit dahingehend geäußert, dass der Beschwerdeführer im Rahmen eines Wiedereingliederungsverfahrens mit einer Teilbelastung von zwei bis drei Stunden in seinem angestammten Tätigkeitsbereich als Küchenhilfe starten solle (IV-act. 96). Den Angaben dieser Ärztinnen ist sodann zu entnehmen, dass sie nicht von einer bleibenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgingen bzw. einen Wiedereinstieg ins Erwerbsleben für machbar hielten (IV-act. 96). Damit ist für den Zeitpunkt der Begutachtung keine Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht mehr erstellt. Der neuropsychologische Gutachter, lic. phil. V.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, untersuchte den Beschwerdeführer am 8. August 2018 und stellte fest, es liege eine insgesamt leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit Schwächen insbesondere in komplexeren Aufmerksamkeits- sowie Exekutiv- und Problemlösefunktionen vor. Eine kognitive Verlangsamung, eine Konzentrationsschwäche, vorschnelle mentale Ermüdbarkeit oder Fatigue oder auch relevante mnestiche Funktionsschwächen hätten bei ihm demgegenüber nicht identifiziert werden können. Für einfache, vertraute, repetitive, mehrheitlich angeleitete Hilfstätigkeiten, ohne besondere Beanspruchung von Problemanalysen, Planung und Vorschau, wie dies etwa auch im Rahmen der dem Exploranden angestammten Tätigkeit als Küchengehilfe der Fall sei, lasse sich von neuropsychologischer Sicht – trotz ausweisbarer und nicht ganz unerheblicher kognitiver Funktionsschwächen – weder eine arbeitszeitliche noch eine leistungsseitige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (IV-act. 115-14). In den weiteren Arztberichten finden sich keine neuropsychologischen Befunde. Im Rahmen ihrer Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter gemeinsam zum Schluss, dass für die angestammte Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 10%, die von der angiologischen Einschränkung herrühre, vorliege. Die angestammte Tätigkeit könne als adaptiert angesehen werden (IV-act. 109-14 f.). Nicht ganz nachvollziehbar ist, dass die Gutachter in der Konsensbeurteilung zum Schluss kommen, dass die angestammte Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Küchengehilfe von 90% auch für jegliche andere adaptierten Tätigkeiten gelten soll. Die Arbeit als Küchengehilfe dürfte eher anstrengend und ohne Möglichkeit zum gelegentlichen Sitzen gewesen sein. Hinzu kommt, dass der angiologische Gutachter in seinem Teilgutachten für optimal adaptierte Tätigkeiten ausdrücklich eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert hatte. Demgemäss hätte in der Konsensbeurteilung die angestammte einer adaptierten Tätigkeit nicht ohne Weiteres gleichgesetzt werden sollen. Im Ergebnis steht jedoch bei einer Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 90% sowie einer solchen in adaptierter Tätigkeit von 100% ohnehin kein Renten begründender Invaliditätsgrad zur Diskussion. Den Beginn der attestierten Arbeitsfähigkeit legen die Gutachter auf den 1. Januar 2018. Sie stützen sich dabei auf das neurologische Teilgutachten (vgl. IV-act. 110-16). Der neurologische Gutachter hat sich darin mit den neurologischen Vorakten auseinandergesetzt. Das Kantonsspital St. Gallen hatte die Fahrtauglichkeit sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den Berichten vom 30. September 2016 und vom 9. August 2017 als nicht gegeben erachtet. Noch im Bericht vom 9. August 2017 hatte das Kantonsspital St. Gallen insbesondere eine leichte Dysymetrie im Finger-Naseversuch und Pronation in Armhalteversuch links sowie leichte Dysdiadochokinese der linken Hand festgestellt (vgl. IV-act. 110-5). Demgegenüber hatte die gleiche Klinik für

Neuropsychologie des Kantonsspital St. Gallen im Bericht vom 9. März 2018 festgehalten, dass es sich bei den Einschränkungen (Schmerzen) v.a. um muskuläre dekonditionierungsbedingte Schmerzen bei muskulärem Hartspann handle (vgl. IV-act. 110-5). Der neurologische Gutachter hielt fest, dass sich die vom Kantonsspital St. Gallen erhobenen Befunde heute nicht mehr finden liessen (IV-act. 110-16). Eine Kritik an den damaligen Feststellungen sowie neurologischen Arbeitsfähigkeitsschätzungen machte er nicht. Seine Aussage ist deshalb in dem Sinn zu interpretieren, dass er bis Ende 2017 die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik für Neurologie des Kantonsspital St. Gallen vom August 2017 als relevant erachtet (vollständige Arbeitsunfähigkeit) und erst ab 1. Januar 2018 von einem vollständigen Wegfall der neurologischen Beeinträchtigungen ausgeht. In kardiologischer Sicht kann bereits seit dem Rehabilitationsaufenthalt im August 2016 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (kardiologisches Teilgutachten, IV-act. 111-13) und in angiologischer Sicht wurde bereits im Mai 2017 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert (Bericht Dr. G. ___ vom 22. Mai 2017; IV-act. 64). Der Beschwerdeführer äussert an den Gutachten an sich keine Kritik. Auch die festgelegten Einschränkungen in den einzelnen Fachbereichen kritisiert er nicht. Er lässt lediglich einwenden, den Eindruck zu haben, dass die IV-Stelle seine gesundheitliche Situation zwar geprüft habe, jedoch nicht die richtigen Schlüsse daraus gezogen hätte (act. G1). Zusammengefasst ist jedoch festzuhalten, dass dem BEGAZ-Gutachten genügend Beweiswert zukommt und es die Qualitätskriterien für ein Gutachten erfüllt (vgl. E. 1.5 vorstehend). Es besteht kein Anlass, bezüglich der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von den Einschätzungen der BEGAZ-Gutachter abzuweichen. Damit sind dem Beschwerdeführer schwere Tätigkeiten nicht mehr zuzumuten. Für seine angestammte Tätigkeit als Hilfskoch sowie für jegliche adaptierten Hilfsarbeiten besteht seit Januar 2018 eine Einschränkung von 10%, wobei Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten in absturzgefährdeten Positionen (wie z.B. Leiter, Gerüste etc.) nicht mehr möglich sind. In der Zeit davor bestand eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten. Nachdem eine relevante Arbeitsunfähigkeit frühestens ab Juni 2016 bestanden hat und sich der Beschwerdeführer im September 2016 bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hatte, entstände ein allfälliger Rentenanspruch frühestens im Juni 2017. Der Beschwerdeführer war in der angestammten Tätigkeit längerdauernd zu mindestens 40% eingeschränkt und konnte das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im Juni 2017 erfüllen. Damit besteht ab dem 1. Juni 2017 Anspruch auf eine ganze Rente. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ab dem 1. Januar 2018. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 11. Dezember 2018 einen Einkommensvergleich vorgenommen und dabei einen Invaliditätsgrad von 10% ermittelt (vgl. IV-act. 132). Da der Beschwerdeführer die Berechnung des Invaliditätsgrades beanstandet (vgl. IV-act. 131), ist nachfolgend der von der IV-Stelle vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt des Infarktereignisses vom 9. Juni 2016 bereits seit rund vier Jahren in keinem Arbeitsverhältnis mehr gestanden, weshalb für die Bestimmung des Valideneinkommens nicht vom zuletzt erzielten Lohn ausgegangen werden kann. Der Beschwerdeführer hat keine berufliche Ausbildung absolviert und war deshalb seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1989 als Hilfskoch erwerbstätig gewesen. Die Validenkarriere des Beschwerdeführers besteht also in der Verrichtung von Hilfsarbeiten. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Valideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen

Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2015, Tabelle TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1, herangezogen hat. Der Beschwerdeführer hat sodann zu Recht eingewendet, dass das von der IV-Stelle festgesetzte Invalideneinkommen von Fr. 60'046.-- nicht realistisch erscheine, zumal er bereits vor seinen gesundheitlichen Einschränkungen monatlich lediglich ca. Fr. 3'800.-- verdient habe (IV-act. 131). Aus dem IK-Auszug ist ersichtlich, dass er immer unterdurchschnittliche Hilfsarbeiterlöhne erzielt hat (IV-act. 27). Diesbezüglich ist jedoch festzuhalten, dass sowohl die Validen- als auch die Invalidenkariere in einer Hilfsarbeit bestehen. Mithin sind beide Vergleichseinkommen ausgehend vom selben statistischen Durchschnittslohn zu bestimmen. Demgemäss müssen das Validen- und das Invalideneinkommen ziffernmässig nicht festgelegt werden. Vielmehr entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. April 2017, 9C_675/2016 E. 3.2). Der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers beträgt folglich 10% (vgl. E. 2.10). Wenn der Beschwerdeführer beanstandet, dass kein Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen worden sei (vgl. IV-act. 131), ist ihm entgegenzuhalten, dass selbst bei einem maximalen Abzug von 25% kein Leistungsanspruch resultieren würde ($10\% + [90\% \times 0.25] = 32.5\%$). Ob ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn gewährt werden sollte, kann daher offen gelassen werden. In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV besteht demnach ab 1. April 2018 kein Rentenanspruch mehr. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 11. Dezember 2018 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und dem Beschwerdeführer befristet vom 1. Juni 2017 bis 31. März 2018 eine ganze Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerde lediglich teilweise betreffend einen rückwirkenden befristeten Rentenanspruch gutgeheissen wird und die verbleibende Erwerbsdauer noch lange ist, ist von einem Obsiegen zu einem Drittel auszugehen. Dem teilweisen Obsiegen entsprechend bezahlt die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr im Umfang von Fr. 200.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 400.--. Zuzugabe unentgeltlicher Rechtspflege ist der Beschwerdeführer von der Bezahlung seines Anteils an der Gerichtsgebühr zu befreien (vgl. act. G6). Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und dem Beschwerdeführer befristet vom 1. Juni 2017 bis 31. März 2018 eine ganze Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 200.-- und der Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 400.--. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung seines Anteils an der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 400.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.