

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/244 vom 21. Dezember 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-12-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2020\\_244](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_244)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/244 du 21 décembre 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/244 del 21 dicembre 2021

## **Regeste**

Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Rückwirkender befristeter Rentenanspruch angesichts der retrospektiven Annahmen zur Arbeitsunfähigkeit gemäss Teilgutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Dezember 2021, IV 2020/244).

## **Volltext**

Entscheid vom 21. Dezember 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2020/244 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 14. Juni/5. Juli 2016 (IV-act. 1) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Integration/Rente) an. Er sei 199\_ in die Schweiz gekommen. Am \_ Februar 2015 habe er einen Bandscheibenvorfall erlitten und sei bis 2. Juni 2015 arbeitsunfähig gewesen, danach wieder voll arbeitsfähig. Zuletzt sei er vom 3. Juni 2015 bis 15. Dezember 2015 bei einer \_\_\_unternehmung zu 100 % als Bauarbeiter tätig gewesen. Danach sei er bis zum \_ Januar 2016 bei der Arbeitslosenkasse gemeldet gewesen. An jenem Tag habe er einen Rückfall erlitten. Anschliessend sei eine Rückenoperation erfolgt. - Am 14. Juli 2016 (IV-act. 9) ergänzte er, er sei von August 2004 bis November 2014 in einer C.\_\_\_\_ angestellt (und danach bis zum 2. Juni 2015 beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum, RAV, angemeldet bzw. tätig) gewesen. - Die gut vierzehn Jahre davor hatte er gemäss IK-Auszug (IV-act. 11) in einem anderen Arbeitsverhältnis gestanden. - In einer Arbeitgeberbescheinigung vom 22. Juli 2016 (IV-act. 12) bestätigte die \_\_\_unternehmung die erwähnte Anstellungsdauer und gab die Arbeitszeit (7.\_\_ von 8. betrieblichen Stunden) und den Stundenlohn des Versicherten ab 14. Dezember 2015 ([...]) an. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab in einem IV-Arztbericht zur Eingliederung vom 19. August 2016 (IV-act. 16) an, es liege beim Versicherten eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt vor, die sich seit Frühling 2016 schleichend entwickelt habe. Zurzeit bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte brauche dringend berufliche Massnahmen zum Aufbau des Vertrauens in die eigene körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Nachher könne von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit für eine den körperlichen Leiden angepasste Tätigkeit ausgegangen werden. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Medizin und Pneumologie FMH, erklärte in seinem IV-Arztbericht zur Eingliederung vom 6. September

2016 (IV-act. 17), es bestünden ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine mediale Diskushernie L4/L5 und eine Spinalkanalstenose sowie ein St. n. neurochirurgischer Diskektomie L3/4, L4/5, L5/S1 links und Diskektomie L4/5 rechts 11.2.2016. Der Versicherte sei seit dem . Januar 2016 arbeitsunfähig. Eine Tätigkeit mit Abwechslung, bei der er nicht schwer heben und tragen müsse, sei an sechs bis acht Stunden pro Tag zumutbar. Am 3. November 2016 fand ein Assessmentgespräch statt. Dabei wurde vereinbart, dass sich der Versicherte zu 20 % arbeitsfähig schreiben lassen und beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) anmelden werde (IV-act. 44-4). - In einem Strategie-Protokoll vom 24. November 2016 (IV-act. 25) wurde festgehalten, der Versicherte wolle unbedingt so schnell wie möglich wieder arbeiten und wäre froh um eine Unterstützung durch die Invalidenversicherung. Da er immer auf dem Bau gearbeitet habe, sei für ihn zwar schwer vorstellbar, in einem anderen Tätigkeitsbereich zu arbeiten, doch er wolle es gern versuchen. Es sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80 %, steigerungsfähig auf 100 %, auszugehen. - Im Januar 2017 wurde ein Eingliederungsplan berufliche Abklärung/Einsatzprogramm unterzeichnet, wonach der Versicherte im Rahmen einer beruflichen Abklärung in einer Institution bei der Stellensuche unterstützt werde. - Am 26. Januar 2017 (IV-act. 32) erteilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten entsprechend Gutsprache für die Kosten einer beruflichen Abklärung vom 9. Januar 2017 bis 8. April 2017 (mit Taggeld, vgl. IV-act. 35). In einem Assessment- und Verlaufsprotokoll (vom 12. Mai 2017, IV-act. 44) wurde festgehalten, am 14. Februar 2017 habe der Versicherte erklärt, es gefalle ihm in der Institution sehr gut und die Arbeit tue ihm gut. Er arbeite bereits in vollem Pensum. Er habe jedoch immer Schmerzen und seit der Arbeitsaufnahme habe er auch die Dosis der Schmerzmedikation erhöhen müssen. Er hoffe aber, dass sich das noch etwas stabilisieren werde. Am besten gehe es ihm, wenn er sitzend arbeiten könne. Von Seiten der Institution sei berichtet worden, der Versicherte sei sehr zuverlässig und erbringe eine sehr gute Arbeitsqualität. Als er einen Auftrag erhalten habe, bei dessen Erfüllung er längere Zeit habe stehen müssen, sei klar geworden, dass das nicht möglich sei. Der Versicherte habe daraufhin eingesehen, dass eine Rückkehr auf den Bau nicht mehr möglich sei. - Am 8. März 2017 habe er erklärt, die Arbeit gefalle ihm gut. Er habe bessere und schlechtere Tage. Die Beschwerden habe er aber ohnehin ständig, also gehe er lieber arbeiten. Das Vollpensum sei allerdings schon sehr viel für ihn. Seitens der Institution sei berichtet worden, der Versicherte verrichte seine Arbeit sehr gut und weitgehend selbständig. Qualität und Quantität seien genügend bis gut. Es bestehe eine Leistungsminderung von 40 bis 50 %, die aufgrund der Schmerzen nachvollziehbar und dem Versicherten auch anzusehen sei. Das Vollpensum sei (als Anforderung) eher etwas grenzwertig. - Am 30. März 2017 habe der Versicherte mitgeteilt, seine körperlichen Beschwerden hätten in letzter Zeit wieder stark zugenommen. Er habe vor allem verstärkte Rückenschmerzen auf der linken Seite und die Gefühlsstörungen im rechten Bein seien ebenfalls stärker geworden, weshalb zurzeit weitere Abklärungen bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurochirurgie, durchgeführt würden. Der Mitarbeiter der Institution habe angegeben, das Vollpensum sei eindeutig zu viel für den Versicherten. Er sei wegen der grossen Schmerzen oft früher (nach etwa 6.5 Stunden) nach Hause geschickt worden. - Am 3. April 2017 (IV-act. 36) hielt die IV-Eingliederungsverantwortliche fest, der Gesundheitszustand des Versicherten sollte nochmals eingehend abgeklärt werden, denn nach Angaben der Institution sei eine Arbeitsfähigkeit im zweiten Arbeitsmarkt von 60 % eruiert worden, die einer im ersten Arbeitsmarkt verwertbaren Arbeitsfähigkeit von 30 bis 40 % entspreche. In einem Verlaufsbericht vom 19. April 2017 (IV-act. 37) erklärte

Dr. D.\_\_\_\_, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verbessert. Es bestehe ein Zustand nach Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, gegenwärtig - seit Januar/Februar 2017 - weitgehend remittiert. Es müsse jedoch immer noch von einer angstbedingten reduzierten allgemeinen psychischen Belastbarkeit ausgegangen werden. Einzig Nacharbeit sei dem Versicherten nicht zumutbar. Am 10. Mai 2017 (IV-act. 45) wurde der Schlussbericht über die berufliche Abklärung/Berufsberatung erstellt. In Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt bestehe eine Leistungsfähigkeit des Versicherten von 20 bis 30 % (bei einem Pensum von 60 %). Er benötige einen adaptierten Nischenarbeitsplatz, eventuell in einer Institution. Ein weiterer Faktor seien die knappen Deutschkenntnisse. Es würden die Rentenprüfung und eine Anstellung im geschützten Rahmen empfohlen. - Am 11. Mai 2017 (IV-act. 43) wurde von der Arbeitslosenversicherung mitgeteilt, der Versicherte habe ab 10. April 2017 Anspruch auf 90 ALV-Taggelder. Seine Arbeitsfähigkeit betrage zurzeit gemäss Arztzeugnis 20 %. - Der RAD hielt am 16. November 2017 (IV-act. 51) fest, die im Abklärungsbericht beschriebene Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 % sei nicht plausibel. Es müsste in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine solche von mindestens 60 % vorliegen, steigerungsfähig auf ein volles Pensum. Dr. E.\_\_\_\_ gab in einem IV-Arztbericht vom 21. Dezember 2017 (IV-act. 53, Eingangsdatum) bekannt, es bestünden ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei Spinalkanalstenose L4/5 und ein Z. n. komplexer neurochirurgischer Operation L3 - S1 2016. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nicht möglich (vgl. IV-act. 53-4). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. Welche Einschränkungen bestünden, sei dem Befund des Neurochirurgen Dr. F.\_\_\_\_ zu entnehmen. - Dr. F.\_\_\_\_ hatte ihm (dem Arzt) ehemals am 15. August 2016 (IV-act. 55) bekanntgegeben, es bestünden beim Versicherten einerseits ein chronisches lumbovertebrogenes und akutes lumboradikuläres Schmerzsyndrom links bei Spinalkanalstenose (Spondylarthrose) und medianer Diskushernie L5/S1, Spinalkanalstenose (ausgeprägte Spondylarthrose) und paramedianer Diskushernie L4/L5 links sowie mässiger Stenose (Spondylarthrose) und paramedianer Diskushernie L3/L4 links und linkskonvexer Skoliose, und andererseits ein St. n mikrochirurgischer Diskektomie L3/L4, L4/L5, L5/S1 links und Diskektomie L4/L5 rechts am 11.02.2016. Es habe sich postoperativ ein guter Verlauf gezeigt. Als Bauarbeiter sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. In einem IV-Arztbericht vom 8. März 2018 (IV-act. 67) gab Dr. D.\_\_\_\_ bekannt, der Versicherte habe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen. Aus rein psychiatrischer Sicht liege in der Längsschnittbeurteilung seit Juli 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 50 % vor. Aufgrund der Rückenbeschwerden solle der Versicherte erneut operiert werden. Er habe berichtet, seit der Erkrankung seines Sohnes im Kindesalter (mit der Folge einer bleibenden \_\_\_\_, Versterben im Jahr 200\_) habe er nie wieder richtige Lebensfreude verspüren können. Er habe jahrelang funktioniert und habe das Gefühl, seit der Krankschreibung im Dezember 2015 seien wieder alte Belastungen aus der Kindheit hochgekommen. Er sei längere Zeit bedrückt und unglücklich gewesen, habe aber immer arbeiten wollen, weil ihm die Aktivitäten lebenslang geholfen hätten. Von seinen Problemen wolle er Abstand nehmen. Auf 29. Mai 2018 wurde eine Rückenoperation vorgesehen (IV-act. 78). Am 31. Januar 2019 (IV-act. 85) ging ein Bericht der Klinik für Intensivmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom 22. Januar 2019 über einen damaligen Eintritt des Versicherten ein. Es lägen ein Vd. a. COPD GOLD 2(B), ED 12/2018, ein Vd. a. OSAS (obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom), ein Vd. a. ischämischen Hirninfarkt am 22.01.2019, ein

radikuläres Reiz- und sensorisches Ausfallsyndrom links vom Typ L5 und eine morbid Adipositas vor. Der Versicherte habe sich initial wegen einer neuen Dysarthrie und eines hängenden Mundwinkels und seit zwei Wochen zunehmender Dyspnoe auf der ZNA vorgestellt. Es hätten sich keine Blutung und keine Hinweise auf eine akute Ischämie gezeigt. Eine TVT (wohl: tiefe Venenthrombose) links sei duplexsonographisch ausgeschlossen worden. Im Verlauf sei es zu einer progredienten respiratorischen Insuffizienz mit CO<sub>2</sub>-Retention gekommen, weshalb die Verlegung auf die MIPS (wohl: medizinische Intensivpflegestation) erfolgt sei. Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 4. Februar 2019 (IV-act. 87), seit März 2018 sei es zu einer zunehmenden Verschlechterung des psychischen Zustands (Zunahme der depressiven Symptomatik) gekommen. Es liege eine mittelgradige bis schwere depressive Episode, wahrscheinlich im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, vor. Der Versicherte lebe sehr zurückgezogen und habe grosse Mühe, ohne berufliche Anforderungen zurechtzukommen. Aufgrund der körperlichen Beschwerden sei er bei den Aktivitäten stark eingeschränkt, was die depressive Symptomatik massiv akzentuiert habe. Er sei rein psychiatrisch gesehen mindestens zu 50 % (wohl) arbeitsunfähig. In einem IV-Arztbericht vom 22. Februar 2019 (IV-act. 92) gab Dr. F.\_\_\_\_ bekannt, der Versicherte sei bis 13. Februar 2019 im Kantonsspital hospitalisiert gewesen und befinde sich nun in stationärer Rehabilitation. Für schwere und mittelschwere Tätigkeiten sei er wegen der anhaltenden chronischen bewegungs- und belastungsabhängigen Lumbalgie und der vorübergehenden Lumboischialgie rechts voll arbeitsunfähig, für leichtere, wechselbelastende Tätigkeiten sei er zu 30 % - täglich an 2 Stunden bzw. 2 bis 2.5 Stunden - arbeitsfähig. - Dr. E.\_\_\_\_ reichte weitere Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ ein (IV-act. 97-5 bis 16). Am 24. August 2018 hatte dieser u.a. einen Status nach mikrochirurgischer dekompressiver Fensterung L5/S1, L4/L5, und L3/L4 rechts ohne Diskektomie vom 29. Mai 2018 diagnostiziert. Der Versicherte beklage seit ein paar Wochen Kribbelparästhesien im Oberschenkel lateral. Insgesamt sei der Verlauf gut. Die Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen gab in einem Austrittsbericht vom 27. Februar 2019 (IV-act. 97-20 ff.; über den Aufenthalt des Versicherten vom 21. Januar 2019 bis 13. Februar 2019) an, es lägen (verkürzt wiedergegeben) eine Haemophilus influenzae-Pneumonie (BAL 22.01.19), ein chronisches hyperkapnisches Atemversagen bei schwergradigem obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) und Adipositas-Hyperventilations-Syndrom, eine chronisch obstruktive Pneumopathie (COPD) GOLD Stadium 2(B), ED 12/2018, ein unklares neurologisches und febriles Zustandsbild (Vd. a. malignes Neuroleptika-Syndrom, DD medikamentös [Drug fever]), eine Anpassungsstörung mit depressiver Komponente (aktuell hyperaktives Delir während MIPS-Aufenthalt), eine akute Nierenfunktionsverschlechterung AKIN 3 mit erhaltener Diurese, ein Diabetes mellitus, a.e. Typ 2, ED 23.01.2019, ein radikuläres Reiz- und sensorisches Ausfallsyndrom links vom Typ L5 und eine morbid Adipositas (der Versicherte sei fremdanamnestisch nur noch in der Wohnung mobil) vor. Der Versicherte sei intubiert worden. Nach einem prolongierten Aufwachversuch sei es zu einer Hyperthermie gekommen. Bei u.a. höher dosiertem Seroquel [Wirkstoff Quetiapin, atypisches Neuroleptikum] habe ein malignes Neuroleptika-Syndrom nicht ausgeschlossen werden können. Für die prolongierte Vigilanzminderung habe sich keine Erklärung gefunden. Die Nierenfunktionsverschlechterung sei a.e. prärenal im Rahmen der Sepsis und der Rhabdomyolyse interpretiert worden. Neu seien beim kardial grenzwertig kompensierten Versicherten Beinödeme aufgetreten. Echokardiographisch seien eine erhaltene "EF" von 65 % und ein dilatierter rechter Ventrikel sichtbar geworden. Der leichte

Schwindel bei Mobilisation sei a.e. im Rahmen der Blutdrucknormalisierung nach der Beatmungstherapie interpretiert worden. Das Rehasentrum G.\_\_\_\_ hatte in einem provisorischen Austrittsbericht vom 26. Februar 2019 (IV-act. 97-17 bis 19; über einen Aufenthalt des Versicherten vom 13. Februar 2019 bis 26. Februar 2019) bekannt gegeben, bei Eintritt habe der Versicherte über eine starke Dekonditionierung und leichten Schwindel (bei St. n. Pneumonie) berichtet. Am pulmologisch orientierten Rehabilitationsprogramm habe er motiviert und engagiert teilgenommen. Bei Austritt sei der Versicherte für 1200 m ohne Hilfsmittel mobil gewesen und er habe 48 Treppenstufen steigen können und eine minimale periphere Sauerstoffsättigung von 88 % aufgewiesen. Er sei in gebessertem Allgemeinzustand entlassen worden. - Im Austrittsbericht vom 13. März 2019 (IV-act. 102) attestierte das Rehasentrum dem Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 10. März 2019 (danach Beurteilung durch die nachbehandelnden Ärzte). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung ging am 18. März 2019 (IV-act. 98) von einer Arbeitsfähigkeit des Versicherten für vier Stunden pro Tag in adaptierten Tätigkeiten aus. - In einem Besprechungsprotokoll vom 7. Mai 2019 (IV-act. 104) wurde festgehalten, die IV-Eingliederungsverantwortliche halte dafür, dass aus somatischer und psychischer Sicht keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vorhanden sei und sich die medizinische Situation seit der letzten Zuteilung (an sie) eher verschlechtert als verbessert zu haben scheine. Gemäss RAD bestehe die Möglichkeit, dass sich die Sauerstoffsättigung von weniger als 88 % vor zwei Monaten, womit keine Arbeitsfähigkeit bestanden habe, verbessert habe. Das lasse sich ohne Unterlagen aber nicht beurteilen. Es könne davon ausgegangen werden, dass keine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe. - In einem Verlaufsprotokoll vom 7. Mai 2019 (IV-act. 105) wurde berichtet, aus der Sicht der IV-Eingliederungsverantwortlichen und der behandelnden Ärzte bestehe eine Arbeitsfähigkeit von weniger als 50 %. Eine Eingliederung sei nicht realistisch. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (gemäss Assessment- und Verlaufsprotokoll vom gleichen Tag medizinisch zurzeit volle Arbeitsunfähigkeit, IV-act. 106). Am 4. Juni 2019 (IV-act. 108) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten mit, es bestehe kein Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen, da solche aufgrund des Gesundheitszustands zurzeit nicht möglich seien. Dr. E.\_\_\_\_ gab am 10. August 2019 (IV-act. 109) an, die Leistungsverminderung des Versicherten betrage 80 bis 100 %. - Die Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen hatte in einem Sprechstundenbericht vom 4. Juni 2019 (IV-act. 109-6 bis 9) bekanntgegeben, es sei zu einem stabilen Verlauf ohne Infekte/Exazerbationen gekommen. Im Vordergrund stünden die Beschwerden am Rücken. Lungenfunktionell finde sich weiterhin eine mittelschwere Obstruktion mit normaler Diffusionskapazität. - Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 23. August 2019 (IV-act. 111), seit Februar 2019 habe der Versicherte unter einer anhaltenden mittelschweren depressiven Symptomatik gelitten, allerdings stark angstbetont im Sinn einer zusätzlichen reaktiven stress- bzw. schmerzbedingten generalisierten Angststörung. Es sei zur Wiederherstellung des Tag-/Nachtrhythmus gekommen. Der Versicherte unternehme regelmässige kurze Spaziergänge und pflege wieder Kontakte in seinem engen Familienkreis. Es lägen gleichzeitig eine rasche geistige und körperliche Erschöpfung, anhaltende Ängstlichkeit und Antriebsstörungen vor. Nur theoretisch bestehe rein psychiatrisch betrachtet eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 %. Es sei von einem chronifizierten und psychiatrisch teil-therapieresistenten Krankheitsverlauf auszugehen. Dazu leide der Versicherte eindeutig und sehr glaubhaft unter therapieresistenten Schmerzen, die zu einer anhaltenden Störung der Stressmodulationsfähigkeit mit den

Symptomen der generalisierten Ängstlichkeit führten. In seinem polydisziplinären Gutachten vom 28. Januar 2020 (IV-act. 122; Untersuchungen im November und Dezember 2019) gab das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI bekannt, beim Versicherten lägen als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (verkürzt wiedergegeben) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine sonstige rezidivierende depressive Störung, eine chronisch obstruktive Ventilationsstörung und ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom vor. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein metabolisches Syndrom, ein St. n. Haemophilus influenzae-Pneumonie und ein Nikotinabusus. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei seit Februar 2016 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Adaptierte Tätigkeiten (mit den genannten Anforderungen) seien dem Versicherten an sieben bis acht Stunden pro Tag zumutbar. Ein leicht erhöhter Pausenbedarf bedinge dabei eine gewisse Leistungseinbusse. Die Arbeitsfähigkeit betrage 80 %, und zwar orthopädisch, psychiatrisch und pneumologisch bedingt. Diese Arbeitsfähigkeit könne gemittelt über die Zeit seit Februar 2016 angenommen werden. Mit Vorbescheid vom 12. Februar 2020 (IV-act. 126) kündigte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Gesuchs vom 5. Juli 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 28 % (Valideneinkommen Fr. 67'102.--; Invalideneinkommen Fr. 48'313.--, nach Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 10 %) an. - Mit Einwand vom 18. März 2020 (IV-act. 132) liess der Versicherte vorbringen, das ABI habe den Verlauf der beruflichen Massnahmen bei aktenkundig bester Motivation nicht in Betracht gezogen. Die dahinter stehende Auffassung, die Einschätzungen der entsprechenden Fachpersonen seien für die Taxation der Arbeitsfähigkeit unbeachtlich, sei widerrechtlich. Sollte sich bei einer Abklärung ergeben, dass entgegen der Auffassung des ABI-Orthopäden, der diese als nicht nachvollziehbar bezeichnet habe, Operationsindikationen bestanden hätten, sei die Würdigung der Vorberichte von Dr. F.\_\_\_\_ durch den Gutachter nicht schlüssig. Das Gutachten sei dann zur Gänze nicht mehr haltbar. Der ABI-Orthopäde habe zudem alles, was den Akten zu entnehmen sei, verworfen und pauschal seine Klinik dagegen gesetzt. Zum psychiatrischen Teilgutachten habe der behandelnde Facharzt im beigelegten Bericht vom 9. März 2020 (IV-act. 132-4 f.) Stellung genommen. Eine mangelnde Compliance bei der Medikamenteneinnahme könne bei dem zu seiner Wiedereingliederung stets sehr motivierten Versicherten ausgeschlossen werden. Die Tatsache, dass zwei Jahre lang eine Anpassungsstörung habe diagnostiziert werden müssen, bilde einen neuen, in die Beurteilung einzubeziehenden Sachverhalt. Der ABI-Gutachter gehe fehl, wenn er schreibe, es liege nach wie vor eine reaktive Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor, die aber aus formalen Gründen anders klassifiziert werden müsse. Er vermöge die Diagnostik von Dr. D.\_\_\_\_ nicht zu widerlegen. Eine generalisierte Angststörung und eine rezidivierende depressive Störung seien gemäss Dr. D.\_\_\_\_ per definitionem eigenständig und selbstunterhaltend. Der Gutachter gehe fehl, wenn er solche Störungen verneine. Auf das psychiatrische Gutachten könne angesichts dieser Mängel nicht abgestellt werden. - Dr. D.\_\_\_\_ hatte dem Rechtsvertreter am 9. März 2020 auf vier Fragen geantwortet und dabei ausgeführt, der Gutachter habe sich weder mit seiner diagnostischen Beurteilung noch mit den etablierten therapeutischen Massnahmen fachgerecht auseinandergesetzt. Aufgrund der chronischen Schmerzen sei es beim Versicherten initial zum Ausbruch einer generalisierten Angststörung und im Verlauf zu einer depressiven Störung gekommen. Mittlerweile müsse von einer eigenständigen und sich selbst unterhaltenden psychischen Störung mit Krankheitswert und langfristigem Einfluss auf die Leistungsfähigkeit ausgegangen werden.

Das habe der Gutachter diagnostisch selbst festgestellt. Eine rezidivierende depressive Störung sei per definitionem eine eigenständige und sich selbst unterhaltende depressive Störung. Es könne beim Versicherten nicht mehr nur von einem reaktiven Geschehen ausgegangen werden. Die Angabe des Gutachters zur Compliance zeige seine Wissenslücken (betreffend Pharmakokinetik) und seine fehlende therapeutische Erfahrung. Das Antidepressivum Valdoxan nehme der Versicherte abends ein, weil es auch eine schlaffördernde Wirkung habe. Da es höchstens eine Stunde danach im Blut festzustellen sei, könne es am folgenden Tag nicht im therapeutischen Bereich nachgewiesen werden. Das Neuroleptikum Solian werde dem Versicherten wegen der generalisierten Angststörung verschrieben. Der therapeutische Bereich der Neuroleptika sei für die Behandlungen von psychotischen Zuständen bestimmt, während bei anderen Indikationen wie Schlafförderung, Angstdämpfung oder Beruhigung in der Regel eine niedrigere Dosis angewendet werde. Beim Versicherten werde der therapeutische Bereich gar nicht angestrebt. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle richtete drei vom RAD ausgearbeitete Fragen (vgl. IV-act. 133 f.) an die Gutachterstelle. - Das ABI antwortete am 14. April 2020 (IV-act. 135). Berufsberatung und Eingliederung könnten nur von derjenigen Arbeitsfähigkeit ausgehen, die konkret auch umgesetzt werden könne und die mit der subjektiven Arbeitsfähigkeit und Motivation korreliere. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit, die gutachterlich festzulegen sei, bemesse sich an der aufgrund der objektiven Befunde möglichen Arbeitsfähigkeit. Wenn es weder klinisch noch bildgebend eine Indikation für eine Operation gebe, sei es nicht am gutachterlichen Untersucher, das ausführlich darzulegen. Vielmehr müsste umgekehrt ein Operateur darlegen, weshalb ohne neurologische Mituntersuchung und ohne motorische Ausfälle eine solche Operation nötig sein sollte. Die sowohl klinisch wie radiologisch objektivierbaren Befunde vermöchten nicht zu begründen, weshalb die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in leichten, gut adaptierten Tätigkeiten wesentlich eingeschränkt sein sollte, und das erst noch so stark, wie es nicht einmal für eine auf einen Rollstuhl angewiesene Person nachvollzogen werden könnte. Es hätten keine Hinweise gefunden werden können, dass eine Angststörung vorliegen sollte. Daher könne das auch nicht ausführlich begründet werden. Umgekehrt müsste vielmehr Dr. D.\_\_\_\_ ausführlich begründen, weshalb plötzlich eine Angststörung - und mit welchen Kriterien - vorliegen sollte. Für eine mögliche Einschränkung (der Arbeitsfähigkeit) sei das Ausmass der depressiven Störung entscheidend. Eine wesentliche Einschränkung durch die affektive Störung sei nicht begründbar, weil sich eine höhergradige oder mittelgradige depressive Störung nicht habe nachweisen lassen. Am 2. Juni 2020 (IV-act. 138, Eingangsdatum) reichte der Rechtsvertreter des Versicherten einen Arztbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 (IV-act. 139) und einen Arztbericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2020 (IV-act. 140) ein. - Dr. F.\_\_\_\_ hatte erklärt, der Versicherte klage über anhaltende Lumbalgien und Lumboischialgie rechts. Deshalb sei er körperlich und psychisch dekonditioniert. Die aktuellen klinischen und neuroradiologischen Befunde hätten keine Operationsindikation ergeben. Aus neurochirurgischer Sicht sei der Versicherte auch für leichtere adaptierte Tätigkeiten zu 70 % arbeitsunfähig. Seit der Pneumonie im Januar/Februar 2019 habe sich sein Allgemeinzustand verschlechtert. Bei körperlichen Belastungen habe er Atemnot. - Dr. D.\_\_\_\_ hielt dafür, die Antwort des Gutachters auf seine fachliche Begründung sei alles andere als eine fachliche Stellungnahme eines Experten. Es mangle diesem offenbar an therapeutischer Erfahrung, sonst hätte er gewusst, dass eine reaktive generalisierte Angststörung bei chronischen Schmerzpatienten als häufigste psychiatrische Komorbidität vorhanden sei. Als Störung der

Stressmodulationsfähigkeit manifestiere sie sich mit anhaltenden inneren Anspannungen, Gereiztheit, Konzentrationsstörungen, allgemeiner Ängstlichkeit, unsinnigen Sorgen, Schlafstörungen, motorischen Anspannungen mit konsequenten (ev. gemeint konsekutiven) Muskelverspannungen vor allem im Nackenbereich, vegetativer Übererregbarkeit und einer Vielzahl funktioneller Beschwerden (wie Attacken von Herzrasen, Schweissausbrüchen, Schwindelgefühlen). Alle diese Symptome habe der Versicherte gehabt, doch seien sie beim ABI nicht erhoben worden, weil der Gutachter eine psychiatrische Krankheits- bzw. Symptomentwicklung weder nachgefragt noch dokumentiert habe. Mittlerweile habe sich die psychische Verfassung des Versicherten erheblich verschlechtert mit sogar \_\_\_ H. \_\_\_, weshalb er in die tagesklinische Behandlung aufgenommen worden sei. [...] Derzeit sei er wegen der schweren depressiven Symptomatik wieder voll arbeitsunfähig. Der RAD nahm am 3. Juni 2020 (IV-act. 141) zu den Berichten Stellung und empfahl, einen aktuellen psychiatrischen Bericht von der Tagesklinik einzuholen. Der Rechtsvertreter des Versicherten reichte am 15. Juni 2020 (IV-act. 144) einen Bericht des Zentrums für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom 12. Juni 2020 (IV-act. 145) ein. Darin wurde dargelegt, bei der Lungenfunktionsprüfung gemäss Teilgutachten, fünf Tage nach der letzten Messung im berichtenden Zentrum, habe sich erfreulicherweise eine Zunahme der Einsekundenkapazität bei jedoch Abnahme der Vitalkapazität ergeben. Das könne an der unterschiedlichen Umsetzung der Messung durch den Versicherten liegen, doch falle differenzialdiagnostisch bei diesen schwankenden Werten auch ein Asthma bronchiale in Betracht. Es sei auch eine signifikante Sauerstoffabnahme beim Treppensteigen erwähnt worden, was für eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit spreche. Es sei nach Ablauf von inzwischen sechs Monaten eine Spiroergometrie, allenfalls mit vorgängig erneuter Lungenfunktionsprüfung zur Objektivierung der Voluminaschwankungen, zu empfehlen. Dr. D. \_\_\_ gab in einem IV-Arztbericht vom 8. August 2020 (IV-act. 150) an, es liege beim Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, vor. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten zu maximal 50 %, eine adaptierte sei ihm zu 50 % zumutbar. Vom 1. Mai 2020 bis 30. Juni 2020 sei er in allen Tätigkeiten voll arbeitsunfähig gewesen. Seit dem Bericht vom 8. März 2018 sei es zu wiederkehrenden schweren depressiven Dekompensationen mit \_\_\_ H. \_\_\_ gekommen. Zurzeit sei auch eine \_\_\_ H. \_\_\_ nicht vorhanden, doch berichte der Versicherte immer wieder über [...]. Es bestünden eine eingeschränkte Konzentrationsdauer, rasche körperliche und geistige Ermüdung, Konzentrationsstörungen, Antriebsstörungen, eine verlangsamte Psychomotorik und Störungen der sozialen Interaktionen. Die Tagesstruktur sei knapp erhalten, es gebe ein unterstützendes Familiennetz. Der Versicherte verfüge über gute Sprachkenntnisse für Hilfsarbeitertätigkeiten. Das ABI nahm am 25. August 2020 (IV-act. 153) zu den Berichten des Zentrums für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen und von Dr. D. \_\_\_ Stellung. Dem ersten Kurzbericht sei nichts zu entnehmen, das als in irgendeiner Weise konträr zum Gutachten erachtet werden könnte. Dr. D. \_\_\_ habe im Verlaufsbericht genau die gleichen Diagnosen gestellt wie in den vorangehenden Berichten, insbesondere in jenem vom 23. August 2019. Dieser Bericht sei im Gutachten bereits kommentiert worden. Insgesamt ergebe sich eine unveränderte Situation. Eine Angststörung habe Dr. D. \_\_\_ nun offensichtlich auch nicht mehr finden können. Am 23. September 2020 (IV-act. 156) brachte der Rechtsvertreter des Versicherten vor, die begründete Beurteilung der Eingliederungsfachpersonen widerspreche den Schlussfolgerungen des ABI diametral. Dem renommierten Neurochirurgen werde unterstellt, ohne medizinisch relevanten Grund schwere Operationen durchgeführt zu

haben. Und der (sc. behandelnde) Psychiater sei selber Gutachter und habe mit erheblichem Aufwand am Verfahren mitgewirkt, sei aber schlicht nicht gehört worden. Auf einer solchen Grundlage sei die Ablehnung eines Leistungsgesuchs juristisch nicht akzeptabel. Mit Verfügung vom 20. Oktober 2020 (IV-act. 159) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch des Versicherten (wie am 12. Februar 2020 in Aussicht gestellt) ab. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli für den Betroffenen am 23. November 2020 erhobene Beschwerde (act. G 1). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Rente zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zuzüglich MwSt). Im Anschluss an die Begutachtung habe der Beschwerdeführer eine Reihe medizinischer Berichte vorgelegt, die gegen die Schlüssigkeit des Gutachtens sprächen. Die Beschwerdegegnerin habe in diesem Zusammenhang nicht kohärent gehandelt und die Untersuchungsmaxime verletzt. Das Gutachten sei nicht schlüssig. Dr. D. \_\_\_ habe überzeugend begründet, dass der Beschwerdeführer seine Medikamente korrekt einnehme. Hierzu habe sich das ABI nicht vernehmen lassen und die Annahme einer Malcompliance ziehe sich ohne weitere Begründung durch alle RAD-Stellungnahmen und werde in der angefochtenen Verfügung festgehalten. Bekanntlich würden Gutachter von einer unzuverlässigen Medikamenteneinnahme stets auf einen geringen Leidensdruck schliessen und das mit Gewicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einfließen lassen, auch wenn das gelegentlich nicht offen deklariert werde. Es handle sich somit um einen schweren Mangel des Gutachtens. Weiter sei der Hinweis auf nicht-organische Beschwerdekomponeenten in der Verfügung verfehlt. Wenn zum Beleg bestimmter Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit auf den Verlauf von beruflichen Massnahmen und die Angaben der dort involvierten Fachpersonen verwiesen werde, laute die routinemässige Erwiderung von Gutachterseite, massgebend seien nicht die subjektiven Angaben einer versicherten Person, sondern die objektivierbaren Befunde und Funktionseinschränkungen. Beim Beschwerdeführer hingegen sei berichtet worden, er sei motiviert und wolle arbeiten, könne eine Arbeitstätigkeit aber gesundheitsbedingt nicht umsetzen. Aus der Sicht der IV-Eingliederungsverantwortlichen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von weniger als 50 % und eine Eingliederung sei nicht realistisch. In der Folge seien berufliche Massnahmen verwehrt worden. Es gebe somit hier Feststellungen der Beschwerdegegnerin, die zu einer Abweisung eines Leistungsanspruchs geführt hätten, und zwar ausdrücklich nicht wegen mangelnder Motivation, sondern wegen des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers aus objektiver Sicht der Fachpersonen. Die Weigerung, dies zu würdigen, bilde einen weiteren schweren Mangel des Gutachtens und der angefochtenen Verfügung. Mit dem substanzlosen Satz, die vom Beschwerdeführer neu eingereichten Berichte legten keinen neuen Sachverhalt dar bzw. es könne keine Angststörung nachgewiesen werden, würden sich die Einwände der behandelnden Ärzte gegen das Gutachten nicht wegwischen lassen. Die Stellungnahme des ABI vom 14. April 2020 sei offensichtlich ohne Aktenkenntnis und in befremdlicher gutachterlicher Oberflächlichkeit abgegeben worden. Letztlich werde dem Beschwerdeführer eine schlechte Motivation unterstellt, obwohl diese stets sehr gut gewesen sei. Solche gutachterlichen Fehlleistungen hätten einen ungünstigen Einfluss auf die Taxation der Arbeitsfähigkeit. Die Stellungnahme des RAD zum Bericht von Dr. F. \_\_\_ (vom 20. Mai 2020) schliesse mit der Feststellung, der Arzt lege seine Operationsindikation nicht klar und plausibel dar, weshalb auf die Einschätzung der Gutachter abgestellt werden könne. Stattdessen hätte der RAD die Frage mit dem Operateur klären müssen. Die Antwort

des ABI zur Angststörung stelle eine Verweigerung dar, denn es lasse sich durchaus auch diskutieren, weshalb Diagnosekriterien nicht gegeben seien. Danach sei eine Kommunikationspanne passiert. Die Beschwerdegegnerin habe von Dr. D.\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht ohne die vom RAD vorgesehene besondere Fragestellung eingeholt. Als Dr. D.\_\_\_\_ diesen Verlaufsbericht erstellt habe, sei er selbstverständlich davon ausgegangen, dass sein vorangegangener Bericht vom 26. Mai 2020 bekannt sei. Jener Bericht sei dem ABI aber nicht zur Kenntnis gebracht worden, als man die Gutachterstelle um eine weitere Stellungnahme ersucht habe. Der Beschwerdeführer habe dann auf diesen Umstand hingewiesen. Mit der Stellungnahme des ABI vom 25. August 2020 sei die vom RAD aufgeworfene Frage betreffend den Bericht des Zentrums für Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen nicht beantwortet worden. Zusammenfassend sei festzustellen, dass das Gutachten, zum Beispiel in der psychiatrischen Gesamtbeurteilung, für sich schon mager sei. Dem Wunsch des RAD nach einer eingehenden Diskussion der Stellungnahmen der behandelnden Ärzte sei nicht entsprochen worden. Faktenwidrig sei dem Beschwerdeführer schlechte Motivation unterstellt worden, obwohl seine seriöse Arbeitseinstellung als positive Ressource durchaus Erwähnung gefunden habe. Dem Beschwerdeführer, der sich stets kooperativ und motiviert gezeigt habe, werde man mit dem Gutachten und der angefochtenen Verfügung nicht gerecht. In ihrer Beschwerdeantwort vom 4. Februar 2021 (act. G 4) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das ABI habe festgehalten, bei den vorliegenden somatischen Komorbiditäten könne von der vorgeschlagenen Optimierung der Psychopharmaka-Medikation keine höhere als die attestierte Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Die im Gutachten erwähnte Malcompliance bei der Medikamenteneinnahme habe daher keinen Einfluss auf die Höhe der Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter der Psychiatrie habe auch nachvollziehbar dargelegt, dass die psychische Symptomatik in engem Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden stehe, so dass keine eigenständige depressive Störung festgestellt werden könne. Die ängstliche Zukunftserwartung des Beschwerdeführers sei im Rahmen des depressiven Syndroms zu sehen. Die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2020 sei zwar dem ABI nicht vorgelegt worden, doch habe der RAD dazu dargelegt, dass unklar sei, weshalb der Arzt die Symptomatik einer Angststörung erst da beschrieben habe. Dem Gutachter habe der Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 23. August 2019 vorgelegen, in welchem dieser bereits eine reaktive generalisierte Angststörung diagnostiziert habe. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers seien Dr. D.\_\_\_\_ auch die Fragen gemäss RAD mit Schreiben vom 3. Juni 2020 (Beilage) vorgelegt worden. Auch zur Frage der Operationsindikation sei vom ABI und vom RAD ausführlich Stellung genommen worden. Der Hinweis auf eine nicht-organische Beschwerdekomponente sei keinesfalls mit einer Aggravation oder bewusstseinsnahen Symptomverdeutlichung gleichzusetzen und bilde keinen Widerspruch im Gutachten. Die Arbeitsfähigkeit sei nach der Rechtsprechung ausschliesslich medizinisch-theoretisch zu bestimmen. Der RAD habe am 16. November 2017 festgehalten, die im Abklärungsbericht beschriebene Arbeitsfähigkeit von lediglich 20 bis 30 % sei nicht plausibel. Es müsse eine solche von mindestens 60 %, steigerungsfähig auf ein volles Pensum, vorliegen. Abgesehen von der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit zurzeit der Sauerstoffsättigung von 88 % sei der RAD aufgrund der objektiven Befundlage immer von einer erheblich höheren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen, als sie anlässlich der beruflichen Abklärung festgestellt worden sei. Aus den Angaben des Beschwerdeführers werde eine subjektive Krankheitsüberzeugung ersichtlich, habe er doch erklärt, sich eine Tätigkeit an zwei bis drei Stunden pro Tag vorstellen zu können bzw. eine

Tätigkeit im Pensum von 30 bis 40 % aufnehmen zu wollen. Das Ausscheiden allfälliger Motivationsmängel vom willentlich nicht steuerbaren Unvermögen, eine volle Leistung zu erbringen, sei nicht möglich. Der Bericht der beruflichen Abklärung stelle daher keine taugliche Beweisgrundlage dar. Dem ABI-Gutachten komme voller Beweiswert zu. Mit Replik vom 11. Juni 2021 (act. G 12) bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor, wenn zu Unrecht Malcompliance angenommen worden sei, sei das ein schwerer Fehler bei der Taxation der Arbeitsfähigkeit. Von festgestellter Malcompliance werde immer auf einen verminderten Leidensdruck geschlossen, unabhängig davon, ob von besserer Compliance eine höhere Arbeitsfähigkeit erwartet werde oder nicht. Die betreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin gingen somit an der Sache vorbei. Das ABI habe sich einzig mit dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 8. August 2020 befasst, mit den Angaben im Bericht vom 26. Mai 2020 aber nicht. Dass die Stellungnahme auf unvollständiger Aktengrundlage erfolgt sei, entwerte sie stark. Stehe die von medizinischen Gutachtern ermittelte Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu der gemäss Einschätzung von Berufsfachleuten objektiv realisierbaren Leistung, vermöge das nach der Rechtsprechung ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und sei das Einholen einer klärenden Stellungnahme unabdingbar. Das ABI habe diese Berichte weder bei der Erstellung des Gutachtens noch gemäss den nachfolgenden Äusserungen zur Kenntnis genommen, sondern halte dafür, das sei nicht notwendig. Das sei ein schwerer Mangel des Gutachtens. Es könne der Beschwerdegegnerin nicht gelingen, die klaren Aussagen ihrer eigenen Berufsfachleute als blosser Wiedergabe subjektiver Einschätzungen zu diskreditieren. Die Beschwerdegegnerin hat am 23. Juni 2021 (act. G 14) an ihrem Antrag festgehalten und im Übrigen auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 20. Oktober 2020, mit welcher die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt hat. Weitere berufliche Massnahmen zu gewähren, hatte die Beschwerdegegnerin zuvor mit Mitteilung vom 4. Juni 2019 abgelehnt, da solche aufgrund des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zurzeit nicht möglich seien. Der Beschwerdeführer lässt in der Beschwerde allein Rentenleistungen beantragen. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). - Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29 ter IVV; Bundesgerichtsurteile vom 16. Februar 2018, 8C\_633/2017 E. 3.4, und vom 10. August 2016, 9C\_289/2016 E. 3.2). - Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. - Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Die Schaffung dieser Bestimmung hat keine Veränderung des (nämlich in Art. 4 IVG und Art. 28 IVG geregelt) Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls mit sich gebracht (vgl.

Bundesgerichtsurteil vom 14. Dezember 2015, 9C\_655/2015 E. 4; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Oktober 2015, IV 2013/52 E. 1.2). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 beanspruchen kann. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind in der Zeit vom 19. November 2019 bis 9. Dezember 2019 polydisziplinär medizinisch begutachtet und eingeschätzt worden. Zunächst lässt sich festhalten, dass dabei die geklagten Beschwerden erfragt wurden und Berücksichtigung fanden: Über die allgemeininternistische (fallführende) Untersuchung wurde im entsprechenden Teil des Gutachtens festgehalten, der Beschwerdeführer habe vor allem lumbale Rückenschmerzen, manchmal Schmerzen im rechten Oberschenkel, ausserdem ein fehlendes Gefühl in Dig. I und II des linken Fusses, eine Unsicherheit des linken Fusses und Atemnot bei Anstrengung beklagt. Nachts trage er eine Atemmaske und verspüre oft Beinkrämpfe. Er sei auch allgemein schneller ermüdbar und nervös. Seit er Solian nehme, gehe es diesbezüglich besser und dank der Einnahme von Sirdalud und Valdoxan abends schlafe er eigentlich ordentlich, sei aber am Morgen noch müde. Er fühle sich ausserdem unwichtig und wertlos (vgl. IV-act. 122-19 f.). Er könnte sich eine körperlich leichte Tätigkeit allenfalls an zwei bis drei Stunden pro Tag vorstellen (vgl. IV-act. 122-21). - Bei der psychiatrischen Begutachtung ergab sich gemäss Angaben im Gutachten, dass der Beschwerdeführer erklärt habe, es gehe ihm gesundheitlich nicht gut. Er habe Probleme mit dem Rücken, Schmerzen und Gefühlsstörungen und er könne nicht lange stehen oder sitzen. Besser gehe es, wenn er gehe oder liege. Die Rückenoperationen 2016 und 2018 hätten eine Besserung gebracht, doch seien Restsymptome verblieben. Ausserdem habe er Probleme mit der Lunge (Atemnot). Wegen des Verlusts der Arbeit und der körperlichen Behinderungen fühle er sich menschlich wie ohne Wert. Seine Stimmung sei depressiv, oft störe ihn alles. Er verliere so den Mut. Oft werde ihm alles zu viel. Diese depressiven Zustände würden sich wellenförmig verhalten (vgl. IV-act. 122-25 f.). - Anlässlich der orthopädischen Begutachtung gab der Beschwerdeführer gemäss den Darlegungen im Gutachten an, die Rückenbeschwerden hätten 2014 begonnen und stetig zugenommen. Der erste Eingriff habe guten Effekt mit Beschwerdefreiheit für drei bis vier Monate gezeigt, der zweite bei wieder einsetzenden Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein habe nur vorübergehend geholfen. Geringe Linderung für zwei Wochen würden die beiden monatlich verabreichten Spritzen bringen. Während dieser Zeit benötige er das Seractil forte nicht. Er habe eine beidseitige Ausstrahlung und ein nicht eigentlich schmerzhaftes Kribbeln und Stechen vom distalen rechten lateralen Oberschenkel bis auf Höhe der Hüfte, weswegen er dann liegen oder sitzen bzw. die Position wechseln müsse. An den Zehen I/II der linken Seite bestehe ein Taubheitsgefühl. Daneben habe er Lungenprobleme und sei froh, überlebt zu haben. Er habe im Januar 2019 zehn Tage lang im Koma gelegen (vgl. IV-act. 122-32 f.). - Bei der pneumologischen Exploration berichtete der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten, es gehe ihm von Seiten der Lunge in den letzten Monaten unter Therapie recht gut. 2015 habe er auch bei körperlich schwerer Arbeit keine Probleme mit der Atmung gehabt. Erst seit 2018, nach Körpergewichtszunahme um 25 kg in den letzten Jahren, habe er Atembeschwerden und Müdigkeit verspürt. Nach der Pneumonie habe er wieder (bisher) 24 kg Gewicht abgenommen. Er leide unter einer Anstrengungsdyspnoe II; nachts unter CPAP-Therapie sei das nicht der Fall (vgl. IV-act. 122-41). Die Gutachter erhoben die Befunde und schätzten die zumutbare Arbeitsfähigkeit ein: Der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin hielt aufgrund der Verhaltensbeobachtung fest, der Beschwerdeführer habe nach etwa 25 Minuten der Begutachtung wegen der Rückenbeschwerden aufstehen

müssen (vgl. IV-act. 122-21). Ganz im Vordergrund stünden bei ihm die Schmerzsymptomatik, die belastungsabhängige Atemnot und die seelische Verfassung (vgl. IV-act. 122-23). Aus allgemeininternistischer Sicht sei der Beschwerdeführer an acht Stunden pro Tag bzw. zu 100 % arbeitsfähig. Auch in der Vergangenheit habe keine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen (vgl. IV-act. 122-23). Der Gutachter der Orthopädie befasste sich eingehend mit den vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden. Er erhob die klinischen orthopädischen Untersuchungsbefunde. Zudem veranlasste er ein aktuelles MRI der LWS (vom 21. November 2019; vgl. IV-act. 122-34 f.). Er beschrieb nachvollziehbar, welche orthopädischen, neurologischen und radiologischen Einschränkungen vorgefunden wurden (vgl. IV-act. 122-36 f.). Zusammenfassend hielt er fest, die beklagten Beschwerden würden sich durch die klinischen und radiologischen Befunde weitgehend begründen lassen. Die klinisch etwas inkonstante Präsentation weise aber doch auf eine gewisse nicht-organische Beschwerdekomponekte hin. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen bezüglich körperlich höherer Belastungen einerseits und bezüglich einer Schmerzzunahme bei fehlenden Positionswechseln andererseits könnten nachvollzogen werden (vgl. IV-act. 122-37). Der Gutachter schloss, für körperlich andauernd mittelschwere und schwere Verrichtungen sowie für solche, die mit der Einnahme von Zwangshaltungen verbunden seien (einschliesslich jener auf dem Bau), bestehe eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 11. Februar 2016. Für körperlich leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung hingegen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90 % bei ganztägigem Pensum mit um 10 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollte dabei ebenso vermieden werden wie die Einnahme von Zwangshaltungen (vgl. IV-act. 122-38). Für entsprechende Verrichtungen könne auf Ebene des Bewegungsapparates von einer praktisch uneingeschränkten Einsetzbarkeit ausgegangen werden (vgl. IV-act. 122-37). Die in den Vorakten attestierte volle Arbeitsunfähigkeit für die körperlich schwere Tätigkeit auf dem Bau sei dezidiert zu bestätigen, doch gehe aus den klinischen Angaben nicht hervor, weshalb für körperlich angepasste Verrichtungen eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit resultieren sollte (vgl. IV-act. 122-37). Der Gutachter der Pneumologie erhob die Befunde, unter anderem auch durch eine aktuelle Plethysmographie (vom 9. Dezember 2019) und den Epworth Sleepiness Score. Der Beschwerdeführer habe langsam drei Stockwerke hochsteigen können und habe dann bei Sauerstoffsättigungsabfall auf 89 % und maximaler Herzfrequenz von 103/Min. anhalten müssen. Innerhalb von sechs Minuten habe er sich erholt (vgl. IV-act. 122-41 f.). Unter Inhalationstherapie liege nach der schweren COPD-Exazerbation mit notwendiger Intubation und Beatmung im Januar 2019 inzwischen (im Dezember 2019) eine stabile pulmonale Situation mit einer lungenfunktionell leichten obstruktiven Ventilationsstörung vor. Das Schlaf-Apnoe-Syndrom sei erfolgreich therapiert. Aufgrund der Anamnese und der lungenfunktionellen und schlafmedizinischen Befunde sowie unter Berücksichtigung der Arbeitshypoxämie liege eine medizinisch-theoretische Ateminvalidität der Klasse II bzw. ein Impairment von 20 % vor. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter bestehe aus rein pneumologischer Sicht volle Arbeitsunfähigkeit, in körperlich vorwiegend leichten Arbeiten ohne Exposition gegenüber Kälte, Nässe oder Staub betrage sie 20 %, und zwar beides seit der Diagnose der COPD im Mai 2018 (vgl. IV-act. 122-44 f.). Der Gutachter der Psychiatrie erfragte die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Beschwerden sowie die Anamnese unter den verschiedenen Gesichtspunkten (vgl. IV-act. 122-25 ff.). Er hielt fest, der

Beschwerdeführer habe erklärt, er sei durch die Rücken- und Beinschmerzen behindert und habe deswegen keine Ausdauer bei der Arbeit. Bei der Arbeitsabklärung habe man ihm eine Arbeitsfähigkeit von 30 bis 40 % auf dem ersten Arbeitsmarkt attestiert (vgl. IV-act. 122-26). Er würde gern eine leichte körperliche Tätigkeit (wie dort etwa das Herstellen von Blindenstöcken oder das Zuschneiden von Drähten) dieses Pensums aufnehmen und habe sich auch mehrfach beworben, finde aber keine Anstellung. Bei günstigen Verhältnissen sei ihm vielleicht eine Steigerung bis 50 % möglich (vgl. IV-act. 122-27). Der Gutachter erhob und beschrieb den Befund und erklärte, im Affekt sei eine bedrückte Stimmungslage erkennbar gewesen, doch hätten Hinweise für eine schwer depressive Symptomatik nicht vorgelegen (vgl. IV-act. 122-28). Auf den Verlust der Arbeitskraft und der Arbeitsstelle habe der Beschwerdeführer depressiv reagiert. Es bestünden u.a. ein Wertverlust, ein Verlust des Selbstvertrauens, eine Teilresignation und eine bedrückte Stimmungslage. Die depressiven Schwankungen stellten eine Reaktion auf die anhaltenden körperlichen Beeinträchtigungen (Schmerzen) dar, seien also als Anpassungsstörung einzustufen. Da für solche Störungen aber in den Internationalen Klassifikationen formal eine höchstens zweijährige Dauer vorgesehen sei und der Beschwerdeführer diese Dauer überschritten habe, sei das depressive Geschehen als sonstige rezidivierende depressive Störung einzuordnen. Klinisch im Vordergrund stehe eine anhaltende Schmerzsymptomatik mit psychischen und somatischen Faktoren (vgl. IV-act. 122-29). Der Beschwerdeführer habe trotz mehrerer Vorbelastungen 25 Jahre lang eine Arbeit als Bauarbeiter leisten können. Die psychiatrische Symptomatik werde in starkem Mass durch den körperlichen Zustand bestimmt (vgl. IV-act. 122-29). Im Alltag seien deutliche Restaktivitäten vorhanden (vgl. IV-act. 122-29). Bei der Auseinandersetzung mit den Arztberichten von Dr. D. \_\_\_ erklärte der Gutachter, eine eigenständige depressive Störung könne nicht festgestellt werden. Für eine eigenständige generalisierte Angststörung hätten sich keine Befunde ergeben. Im Vordergrund stehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Diese bestimme die Dynamik des Krankheitsgeschehens (vgl. IV-act. 122-29 f.). Der Beschwerdeführer zeige sich an einer weiteren Tätigkeit interessiert. Seine bisherige seriöse Arbeitseinstellung und seine stabilen familiären Ressourcen gäben Anlass zur Annahme, dass die Prognose für eine Restarbeitsfähigkeit nicht ungünstig sei (vgl. IV-act. 122-30). Aus psychiatrischer Sicht seien in einer angepassten Tätigkeit gewisse Einschränkungen der Leistung zu erwarten. Eine Präsenz von sieben bis acht Stunden pro Tag wäre jedoch möglich. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % (vgl. IV-act. 122-30 f.). Durchschnittlich könne seit (Frühjahr) 2016 von einer solchen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (vgl. IV-act. 122-31). Gegen die Stichhaltigkeit des Begutachtungsergebnisses lässt der Beschwerdeführer verschiedene Einwände erheben. So beanstandet er am orthopädischen Teil des Gutachtens den Hinweis, die Indikationen für die vorgenommenen Operationen seien nicht (klar) nachvollziehbar. Diese Äusserung machte der Gutachter im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit den Vorakten und den früheren Untersuchungen (vgl. IV-act. 122-37), wie sie bei einer Begutachtung erwartet wird. Dabei zeigte er die dort gestellten Diagnosen und klinischen Feststellungen auf. Er hielt dafür, es würden Radikulopathien erwähnt, die aber nicht klar ausgewiesen worden seien, so dass die Operationsindikationen nicht (bzw. nicht klar, IV-act. 122-36) nachvollziehbar seien (vgl. IV-act. 122-37). Es wird ersichtlich, dass die diesbezügliche Einschätzung durch den Experten der Orthopädie medizinisch begründet wurde, was ihr Gewicht gibt. Der Gutachter hat auch zur Kenntnis genommen, dass der Beschwerdeführer zumindest den ersten Eingriff betreffend von einem guten Effekt

berichtet hat. Er hat seine Schlussfolgerungen insgesamt auf umfassende Abklärungen gestützt. Für die zurückliegende Zeit hat er ab den beiden Wirbelsäuleneingriffen für je längstens sechs Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert, vorher und nachher jeweils die Arbeitsunfähigkeit von 10 %. Ein Grund, auf das gutachterliche Ergebnis nicht abzustellen, zeigt sich nicht. Ergänzende Abklärungen zur Frage der Operationsindikationen sind nicht erforderlich. Gegen die psychiatrische Begutachtung lässt der Beschwerdeführer unter anderem vorbringen, ihr Ergebnis sei diagnostisch unzutreffend. Der Gutachter hatte wie erwähnt festgehalten, die depressiven Schwankungen des Beschwerdeführers seien als (reaktive) Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion einzustufen. Da sie länger als zwei Jahre angehalten hätten, seien sie aber als "sonstige rezidivierende depressive Störung" zu klassifizieren. Der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ hat am 23. August 2019 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (sowie eine reaktive generalisierte Angststörung), diagnostiziert. Diese und die früheren Einschätzungen von Dr. D.\_\_\_\_ hat der Gutachter der Psychiatrie aufgenommen (vgl. IV-act. 122-29 f.). Aufgrund seiner Exploration hat er erklärt, dass die psychische Symptomatik des Beschwerdeführers nach wie vor in engem Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden stehe, so dass eine eigenständige depressive Störung nicht festzustellen sei. - Die gutachterliche Begründung (vgl. IV-act. 122-30) erscheint nach der Aktenlage gut nachvollziehbar. Mit ihr berücksichtigte der Gutachter auch die Belastungen aus der Lebensgeschichte des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 122-29 Ziff. 7.1), die durchlebten depressiven Schwankungen und die vorhandenen Beeinträchtigungen (vgl. IV-act. 122-29 Ziff. 6.3). Ein Mangel ist diesbezüglich nicht zu erkennen, weshalb die abweichende Auffassung von Dr. D.\_\_\_\_ (wonach mittlerweile eine eigenständige und sich selbst unterhaltende psychische Störung vorliege) dagegen im Beweiswert nicht anzukommen vermag. Letzteres gilt auch für den Hinweis von Dr. D.\_\_\_\_, dass eine reaktive generalisierte Angststörung als häufigste Komorbidität bei chronischen Schmerzpatienten auftrete und der Beschwerdeführer zahlreiche entsprechende Symptome aufgewiesen habe. Was diese von Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte Störung betrifft, wies der Gutachter darauf hin, dass sich bei der Begutachtung für eine eigenständige generalisierte Angststörung keine Befunde ergeben hätten. Er berücksichtigte indessen, dass eine ängstliche Zukunftserwartung bestehe, und erklärte, diese sei im Rahmen des depressiven Syndroms zu erklären. Im Arztbericht vom 8. August 2020 erwähnte Dr. D.\_\_\_\_ diesen Aspekt (der Angst) im Übrigen - soweit erkennbar - nicht mehr. Der Experte seinerseits diagnostizierte (nebst der depressiven Störung) in erster Linie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Massgebend ist zudem im Ergebnis weniger die diagnostische Ebene als vielmehr, welche Auswirkungen die Beeinträchtigungen haben. Den beiden Leiden mass der Gutachter der Psychiatrie in Kenntnis der Vorakten und nach Erhebung von Anamnese und Befunden eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % zu. Des Weiteren macht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geltend, eine mangelnde Compliance bei der Medikamenteneinnahme sei beim stets sehr motivierten Beschwerdeführer ausgeschlossen. Die gegenteilige Feststellung des Gutachters der Psychiatrie habe Dr. D.\_\_\_\_ überzeugend widerlegt. - Dieser Einwand zielt nach der Aktenlage auf die Antwort des Gutachters der Psychiatrie auf die im Gutachtensauftrag an ihn gerichtete Frage, ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden könne. Darin legte der Gutachter dar, aus den Serumspiegelmessungen für Amisulprid und Agomelatin lasse sich schliessen, dass die Psychopharmaka-Einnahme nur unzureichend

bzw. unregelmässig erfolge. Durch eine verbesserte Compliance lasse sich die Wirkung der Medikamente erhöhen, was sich auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auswirken müsste (vgl. IV-act. 122-31). Der Beschwerdeführer hatte dem Gutachter berichtet, er nehme morgens ein Solian (Wirkstoff Amisulprid, atypisches Neuroleptikum; zur Behandlung von akuten und chronischen schizophrenen Störungen) 100 mg und abends zwei Valdoxan (Wirkstoff Agomelatin, Antidepressivum) 25 mg ein (vgl. IV-act. 122-26). - Die genannte Äusserung zur möglichen Verbesserung der Compliance machte der Gutachter der Psychiatrie wie erwähnt im Zusammenhang mit den Möglichkeiten einer künftigen therapeutischen Behandlung, nicht im Sinn einer Wertung des Leidensdrucks. Was die Kritik an der fachlichen Qualifikation des Gutachters hinsichtlich der Pharmakokinetik und ihre Begründung betrifft, ist festzuhalten, dass das entsprechende Schreiben von Dr. D.\_\_\_\_ vom 9. März 2020 dem ABI zwar nicht zur Stellungnahme vorgelegt wurde (stattdessen formulierte der RAD eigene Fragen und liess lediglich das Einwandschreiben mitsenden, vgl. IV-act. 133-2), was als Manko erscheint. Dasselbe gilt im Weiteren für den Umstand, dass auch die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2020 nicht vorgelegt worden ist. Indessen hat der Gutachter sowohl um die angegebenen Dosierungen der beiden Medikamente wie um die (gemäss Arzneimittelkompendium auch so vorgesehene abendliche) Tageszeit der Einnahme von Valdoxan gewusst. Bei der Begutachtung erfolgten die entsprechenden Serumspiegelmessungen (vgl. IV-act. 122-49). Die Labormessung des Antidepressivums im Serum vom 19. November 2019 ergab einen Wert von weniger als 0.5 (bei einem Referenzbereich eine bis zwei Stunden nach Einnahme von 50 mg von 7 bis 300) µg/l. Die betreffende Messung umfasste zudem eigens einen Stoff zur Compliance-Kontrolle (Metabolit; der länger nachweisbar ist, vgl. <https://www.team-w.ch/de/profile/4384?highlightquery=agomelatin>), welcher negativ ausfiel (vgl. IV-act. 122-49). Der Serumspiegel von Amisulprid lag mit 9 µg/l ebenfalls weit unter dem therapeutischen Bereich von 100 bis 320 (vgl. hierzu auch den Umstand, dass ein malignes Neuroleptika-Syndrom nicht hatte ausgeschlossen werden können). Polydisziplinär wurde im Gutachten empfohlen, die Serumspiegel regelmässig zu kontrollieren, und festgehalten, angesichts der Komorbiditäten aus somatischer Sicht könne davon allerdings keine höhere als die attestierte Arbeitsfähigkeit in einer dem somatischen Leiden adaptierten Verweistätigkeit erwartet werden (vgl. IV-act. 122-10). Ein Grund zu einem relevanten Zweifel am gesamten Begutachtungsergebnis ergibt sich unter diesem einzelnen Aspekt (Medikamenteneinsatz) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht. Konsistenz und Plausibilität waren gemäss dem psychiatrischen Gutachten gegeben (vgl. IV-act. 122-29), die Tagesaktivitäten berücksichtigt worden (vgl. 122-27). Ferner stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, die begründeten Beurteilungen der Eingliederungsfachpersonen widersprächen den Schlussfolgerungen des ABI diametral. Sie nähmen eine Arbeitsfähigkeit von weniger als 50 % an und die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer daher (weitere) berufliche Massnahmen verwehrt. Die Institution hat in ihrem Schlussbericht vom 10. Mai 2017 erklärt, der Beschwerdeführer habe mit einem Pensum von 50 % begonnen und dieses innerhalb von zwei Wochen auf eigene Initiative auf 100 % gesteigert. Es habe sich aber gezeigt, dass die Belastung erheblich zugenommen habe. Er habe nach der Arbeit eine Erholungszeit von 30 bis 60 Minuten gebraucht und den Schmerzmittelkonsum erhöht. Die Arbeitszeit sei dann auf sechs Stunden pro Tag reduziert worden. Der Beschwerdeführer sei bei der Arbeit motiviert gewesen und seine Arbeiten hätten den Qualitätsvorgaben vollumfänglich entsprochen. Die Quantität habe den Anforderungen hingegen nicht entsprochen. Er habe ein Pensum von

60 % geleistet und bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt eine Leistungsfähigkeit von 20 bis 30 % gehabt (vgl. IV-act. 45-5). Nach der Rechtsprechung ist die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 21. Februar 2018, 8C\_802/2017 E. 5.1.1). Den Erkenntnissen der Eingliederungsfachpersonen im Rahmen von beruflichen Abklärungen ist bezüglich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zwar eine gewisse Aussagekraft zuzuerkennen. Solche Berichte basieren in der Regel jedoch nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die von ihnen erhobene, subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben. Die Frage nach einem organischen Korrelat der Schmerzen und der daraus resultierenden Einschränkungen lässt sich gestützt darauf nicht restlos beantworten (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 16. März 2017, 9C\_646/2016 E. 4.2.2). Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit jedoch in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten und -einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen. Das Einholen klärender medizinischer Stellungnahmen ist diesfalls grundsätzlich unabdingbar (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 15. Februar 2019, 9C\_534/2018 E. 2.2, und vom 6. Mai 2020, 8C\_30/2020 E. 5.2.1). Die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit obliegt indessen in der Hauptsache den ärztlichen Fachpersonen und nicht den Eingliederungsfachpersonen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 17. Juli 2019, 8C\_278/2019 E. 3.2.1). Wie vom Beschwerdeführer vorgebracht sind seine Motivation und die gute Qualität seiner Arbeit bestätigt worden und sie sind auch aufgrund der Aktenlage nachvollziehbar geworden und anerkennenswert. Eine Arbeitszeit von sechs Stunden (wie im Schlussbericht festgehalten) entspricht allerdings einem Pensum von rund 70 %. Am 30. März 2017 war gar noch von einer Arbeitszeit des Beschwerdeführers von rund 77 % die Rede gewesen (nämlich von 6.5 Stunden pro Tag). Eine Arbeitsleistung dieses Ausmasses wurde zudem im September 2016 auch von ärztlicher Seite als zumutbar bezeichnet (vgl. IV-act. 17). An der medizinischen Zumutbarkeit sind wie erwähnt auch die Leistungen bei einer beruflichen Abklärung zu messen. Die namhafte Differenz zwischen dem genannten Pensum und der nach Angaben der Institution auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbaren Leistung (von lediglich 20 bis 30 %) erscheint zudem nicht ausreichend nachvollziehbar (vgl. hierzu auch die Einschätzung des RAD, IV-act. 51). Zu beachten ist ferner insbesondere, dass die Gutachter ihre Beurteilung in Kenntnis des Ergebnisses der beruflichen Abklärung abgegeben und in ihrer späteren Stellungnahme auf den Massstab der objektiven Befunde hingewiesen haben. Damit kann auf das Gutachten abgestellt werden. Den vom Ergebnis der polydisziplinären Arbeitsfähigkeitsschätzung (für die Begutachtungszeit) abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte kommt kein Beweiswert zu, der massgebliche Zweifel hieran rechtfertigen könnte. Nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG) wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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

(Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Bei der Ermittlung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 6. Oktober 2020, 9C\_316/2020 E. 3.1, und vom 22. August 2019, 9C\_868/2018 E. 3.1, BGE 139 V 28 E. 3.3.2, BGE 129 V 222). - Beim Beschwerdeführer kann das Valideneinkommen nicht anhand eines solchen Einkommens an einer konkreten Stelle bemessen werden, da er beim Auftreten des ersten Bandscheibenvorfalles nach der Aktenlage am 1. Februar 2015 die letzte der langjährigen Anstellungen (gemäss den Einträgen im IK-Auszug hat er dort im Jahr 2014, von elf auf zwölf Monate umgerechnet, ein Einkommen von Fr. 65'282.-- erzielt) nicht mehr innegehabt hat. Vielmehr rechtfertigt es sich, für die Bemessung des Valideneinkommens auf den statistischen Durchschnitt der Einkommen von Männern für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, also des Kompetenzniveaus 1 (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung, LSE, des Bundesamtes für Statistik), abzustellen, wie es die Beschwerdegegnerin getan hat. Das entsprechende Durchschnittseinkommen betrug etwa im Jahr 2014 Fr. 66'453.--, im Jahr 2017 Fr. 67'102.-- (a.a.O.). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie - wie der Beschwerdeführer - nach Eintritt der Invalidität keine Erwerbstätigkeit aus, namentlich weil sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können insbesondere LSE-Tabellenlöhne herangezogen werden (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 27. August 2019, 9C\_228/2019 E. 4.2.2, und vom 22. November 2019, 8C\_590/2019 E. 5.1). Das setzt voraus, dass die medizinische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wie ihn Art. 16 ATSG voraussetzt, als verwertbar zu betrachten ist. Dieser massgebliche theoretische und abstrakte ausgeglichene Markt (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2) dient dazu, die Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Schweizerisches Bundesgericht] vom 10. Juli 2006, I 186/05 E. 2.3, Bundesgerichtsurteil vom 23. September 2014, 9C\_192/2014 E. 3.1; BGE 110 V 276 E. 4b). Der Beschwerdeführer verfügt gemäss gutachterlicher Beurteilung noch über eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die Voraussetzungen einer adaptierten Tätigkeit sind nicht so einschränkend, dass sie eine Verwertung auf dem genannten massgeblichen Arbeitsmarkt nicht mehr zulassen, umfasst dieser doch eine Vielzahl unterschiedlichster Arbeitsmöglichkeiten - und selbst Nischenarbeitsplätze (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 5. November 2018, 9C\_304/2018 E. 5.1.1, und vom 10. April 2019, 8C\_811/2018 E. 4.4.1, vom 18. Dezember 2019, 9C\_693/2019 E. 5.1.3, und vom 28. November 2014, 9C\_485/2014). - Für das Valideneinkommen und als Ausgangswert für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist demnach derselbe Einkommensbetrag zu wählen. Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs (zur Ermittlung des Invalideneinkommens) gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 9. Mai 2016, 8C\_934/2015 E. 2.1, und vom 20. April 2010, 9C\_215/2010 E. 5.2). Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür,

dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Der Beschwerdeführer kann gemäss dem Gutachten keine vollzeitliche Arbeit mehr leisten, sondern lediglich eine solche von sieben bis acht Stunden pro Tag (vgl. IV-act. 122-10). Deshalb fällt zwar allenfalls ein Teilzeitabzug in Betracht, doch wirkt sich die Teilzeitarbeit bei diesen Gegebenheiten (von rund 89 % Teilzeitarbeit) gemäss Tabelle T18 des Bundesamtes für Statistik (2018) bei Männern ohne Kaderfunktion (bei einem Beschäftigungsgrad von 75 bis 89 %) im Vergleich zur Vollzeitbeschäftigung nicht lohnmindernd aus. Arbeiten des Kompetenzniveaus 1, von welchen bei der Bemessung des Invalideneinkommens wie dargelegt ausgegangen wird, erfordern im Übrigen keine guten Sprachkenntnisse (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 18. April 2019, 8C\_687/2018 E. 5.3, vom 10. September 2019, 8C\_314/2019 E. 6.2, vom 29. Mai 2018, 9C\_266/2017 E. 3.4.4, und vom 18. August 2014, 9C\_426/2014 E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat indessen einen Abzug von 10 % vorgenommen, weil dem Beschwerdeführer lediglich noch leichte Tätigkeiten zumutbar sind (vgl. IV-act. 159-2), während er früher jahrelang auf dem Bau tätig gewesen ist. Ein Abzug wegen nicht mehr zumutbarer körperlich belastenderer Arbeit fällt, da der genannte Tabellenlohn (des Kompetenzniveaus 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst, nach der Rechtsprechung nicht ohne weiteres in Betracht (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 20. April 2018, 9C\_833/2017 E. 5.1, und vom 24. Mai 2018, 8C\_884/2017 E. 4.2). Bei einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 20 % kann dahingestellt bleiben, ob in das Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen wäre. Ein rentenbegründendes Ausmass an Invalidität liegt jedenfalls (während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 20 % in adaptierter Tätigkeit) nicht vor. Was den Sachverhalt in der zurückliegenden Zeit betrifft, wurde im Gutachten polydisziplinär festgehalten, es könne seit Februar 2016 in angestammter Tätigkeit eine volle und in adaptierter Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (vgl. IV-act. 122-10 Ziff. 4.11) bzw. "über die Zeit gemittelt" eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (vgl. IV-act. 122-10 Ziff. 4.7.5) angenommen werden. - Im orthopädischen Teilgutachten war allerdings - was nachvollziehbar erscheint - festgehalten worden, die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anhand anamnestischer Angaben und vorliegender Akten sei schwierig. Es sei jedoch jeweils nach den Wirbelsäuleneingriffen vom 11. Februar 2016 und vom 29. Mai 2018 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten auszugehen und spätestens sechs Monate postoperativ von der Arbeitsunfähigkeit von 10 % (vgl. IV-act. 122-38). Dies ist überzeugend; die Arbeitsunfähigkeitsschätzung mittels eines Durchschnitts über die Zeit hinweg entfällt dagegen bei diesen Gegebenheiten. - Auch im pneumologischen Teilgutachten wurde eine separate Arbeitsfähigkeitsschätzung zum retrospektiven Verlauf abgegeben. Dort wurde dargelegt, diesbezüglich bestehe die Arbeitsunfähigkeit von 20 % in adaptierter Tätigkeit ab der Diagnose der COPD im Mai 2018 (vgl. IV-act. 122-44 f.). Wird zudem der echtzeitliche Ablauf mitberücksichtigt, zeigt sich, dass der Beschwerdeführer (nach der Arbeitsunfähigkeit wegen des ersten Bandscheibenvorfalles, nach der Aktenlage am ... Februar 2015) vom 3. Juni 2015 bis 7. Januar 2016 wieder arbeitsfähig war (womit eine

allfällige Wartezeit unterbrochen wurde). Ab 11. Februar 2016 erfolgten die Operation und die erste postoperative Phase. Im August 2016 war psychiatrisch gesehen keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (vgl. IV-act. 16-1) und Dr. E.\_\_\_\_ hatte im September 2016 Angaben gemacht, die (im Durchschnitt) auf eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (in adaptierter Tätigkeit) von 17 % (IV-act. 17) schliessen lassen. Zudem wurde von einer Verbesserung des psychiatrischen Gesundheitszustands seit Januar/Februar 2017 (IV-act. 37) berichtet. Bei einem möglichen Ablauf einer Wartezeit im Februar 2017 ist demnach nicht von einer rentenbegründenden Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen und bezog der Beschwerdeführer ein IV-Taggeld (vgl. IV-act. 35), womit ein Rentenanspruch entfällt. - Im Dezember 2017 wurde von zunehmenden Rückenbeschwerden mit voller Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 53) und im März 2018 (IV-act. 67) wurde von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychiatrischen Gründen berichtet. Diesen Arbeitsfähigkeitsschätzungen kann indessen in Anbetracht der Angaben im Gutachten nicht gefolgt werden. Ab 29. Mai 2018 erfolgte indessen eine zweite postoperative Phase, die gemäss dem Teilgutachten bis längstens November 2018 dauerte. In dieser Zeit war der Beschwerdeführer auch für adaptierte Tätigkeiten voll arbeitsunfähig. Da er in seiner für die Wartezeit massgeblichen angestammten Tätigkeit auch in einem vor diesem Zeitpunkt (von Mai 2018) liegenden Jahr (immer noch) voll arbeitsunfähig war (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, Bundesgerichtsurteil vom 5. Oktober 2017, 9C\_412/2017 E. 4; und im Übrigen seit dem erstmöglichen Ablauf ohne anschliessende Invalidität noch keine drei Jahre vergangen sind, vgl. Bundesgerichtsurteil vom 3. Juli 2013, 9C\_677/2012 E. 2.3 e contrario), sind mit dem Auftreten der längerdauernden vollen Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG; sowie Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG), die mit der Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ab Mai 2018 während eines halben Jahres verbunden ist, die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente erfüllt. - Der Beschwerdeführer hat demnach ab 1. Mai 2018 Anspruch auf eine ganze Rente. Spätestens im November 2018 - mit Ablauf der postoperativen Phase - reduzierte sich gemäss dem Teilgutachten die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für adaptierte Tätigkeiten auf die im Übrigen attestierten 20 %. - Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. - Noch bevor die genannte Verbesserung allerdings drei Monate hätte angehalten haben können, trat beim Beschwerdeführer ab Januar 2019 wegen des schweren, intensivmedizinische Versorgung erforderlichen Leidens (mit zehn Tage lang Koma, vgl. auch IV-act. 122-32 f.; damals fremdanamnestic nur noch in der Wohnung mobil, IV-act. 97-22) nochmals bis März 2019 volle Arbeitsunfähigkeit ein. Der Verlauf war gemäss der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen in der Folge erfreulich und die Klinik legte im Juni 2019 dar, im Vordergrund stünden die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers (vgl. IV-act. 109-8). Daher rechtfertigt es sich anzunehmen, es sei damals wieder der vorbestehende Zustand hergestellt gewesen. Dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 23. August 2019 (IV-act. 111) lässt sich im Übrigen auch psychiatrisch eine gewisse Verbesserung entnehmen. Drei Monate nach Anhalten der Verbesserung ab Juni 2019, somit ab 1. Oktober 2019, ist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV bei dem einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % entsprechenden Invaliditätsgrad kein

Rentenanspruch mehr gegeben. Betreffend den Sachverhalt in der Zeit nach der Begutachtung vom November/Dezember 2019 bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2020 ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine relevante Veränderung mehr anzunehmen, kann doch gemäss der Stellungnahme des ABI vom 25. August 2020 aufgrund der vorgelegten Berichte der behandelnden Ärzteschaft vom 12. Juni 2020 und vom 8. August 2020 insgesamt von einem unveränderten Zustand ausgegangen werden. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2020 teilweise gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ist für die Zeit vom 1. Mai 2018 bis 30. September 2019 eine ganze Rente zuzusprechen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (vgl. Art. 69 Abs. 1 bis IVG, Fassungen vor und nach 1. Januar 2021). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint der durchschnittlich aufwendigen Sache angemessen. - Nach Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP/SG; sGS 951.1; vgl. Art. 61 Ingress ATSG) hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Zu berücksichtigen ist, dass der Beschwerdeführer gemäss diesem Ausgang des Verfahrens die Verfügung zu Recht mittels des Beschwerdeverfahrens als unzutreffend beanstanden musste (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. November 2018, IV 2016/357 E. 4.2; vgl. auch jenen vom 21. Juni 2021, IV 2020/120 E. 6.3). Indessen wird ihm, der unter anderem eine ungenügende Abklärung des Sachverhalts geltend gemacht hat, womit er unterlegen ist, einzig eine befristete Rente für eine zurückliegende Zeit zugesprochen, so dass es sich (auch ohne Abweichung vom offen formulierten Wortlaut des gestellten Antrags; so auch im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juni 2021, IV 2019/191) rechtfertigt, für die Kostenfrage von einem lediglich teilweisen Obsiegen auszugehen (vgl. für einen befristeten Rentenanspruch das Bundesgerichtsurteil vom 12. Februar 2016, 8C\_478/2015 E. 5), ermessensweise von einem solchen zur Hälfte. Dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin sind daher je Fr. 300.-- an Gerichtskosten aufzuerlegen. An den Anteil des Beschwerdeführers ist sein geleisteter Kostenvorschuss von Fr. 600.-- anzurechnen und der Restbetrag von Fr. 300.-- ist ihm zurückzuerstatten. Der Beschwerdeführer hat bei teilweisem Obsiegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Die (anteilmässige) Parteientschädigung ist auf pauschal Fr. 2'000.-- (die Hälfte von Fr. 4'000.--; einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 20. Oktober 2020 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird für die Zeit vom 1. Mai 2018 bis 30. September 2019 eine ganze Rente zugesprochen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen der Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin je im Umfang von Fr. 300.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer an seinen Anteil angerechnet und der Restbetrag von Fr. 300.-- wird ihm zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.