

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/141 vom 5. Februar 2024**

Sg Versicherungsgericht, 2024-02-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2022\\_141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2022_141)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/141 du 5 février 2024

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/141 del 5 febbraio 2024

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 43 Abs. 1 ATSG Der medizinische Sachverhalt ist nicht vollständig abgeklärt, das Gutachten lässt Einzelfragen offen. Teilweise Gutheissung der Beschwerde und Rückweisung zu weiteren Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Februar 2024, IV 2022/141).

## **Volltext**

Entscheid vom 5. Februar 2024 Besetzung Versicherungsrichterin Corinne Schambeck (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2022/141 Parteien A. \_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A. \_\_ (nachfolgend: Versicherter) arbeitete seit 1992 als Bierbrauer (Angaben Arbeitgeberin vom 19. November 2012, Fragebogen für Arbeitgebende, IV-act. 9), als er am 18. Dezember 2011 einen Unfall mit TFCC-Läsion (Triangular fibrocartilage complex) des rechten Handgelenks erlitt (Arztzeugnis UVG vom 4. Mai 2012, Fremdakten, act. 1-38). Diese wurde am 12. September 2012 operativ behandelt (Operationsbericht, Fremdakten, act. 1-14 f.; Austrittsbericht Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie vom 21. November 2012, Fremdakten act. 3-15 f.). Der Versicherte meldete sich am 24. Oktober 2012 bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). In der Folge wurden ihm Eingliederungsmassnahmen zugesprochen (Arbeitsplatzabklärung vom 28. August 2013, IV-act. 35, und Arbeitsplatzverlust mit Jobcoaching und vereinbarter Steigerung des Pensums von 80 % auf 100 %, Eingliederungsplan vom 28. August 2013, IV-act. 33, Mitteilung vom 12. September 2013, IV-act. 37). Am 13. Dezember 2013 rutschte der Versicherte aus und fiel auf die linke Schulter, wobei er sich an dieser unter anderem eine Luxation mit reverser Hill-Sachs'scher Humeruskopfläsion und eine Teilruptur der Subscapularissehne zuzog (Arztzeugnis UVG vom 14. Januar 2014, Fremdakten, act. 25-1; MRT-Befund vom 16. Dezember 2013, Fremdakten, act. 25-2). Vom 23. September 2014 bis 28. Oktober 2014 unterzog sich der Versicherte einer stationären Therapie in der Rehaklinik Bellikon, wo ihm in angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert wurde (Austrittsbericht vom 28. Oktober 2014, IV-act. 81-44 ff.). Später wurde er wegen einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes (Gewichtsabnahme), einer bis schwergradigen Depression sowie wegen seinen somatischen Beschwerden abgeklärt bzw. behandelt (s. dazu MRI-Befund LWS vom 2. Dezember 2014, IV-act. 50-26; Bericht konsiliarische Untersuchung Dr. med.

B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 16. Dezember 2014, IV-act. 50-28; Bericht Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, vom 25. Februar 2015, IV-act. 50-19 ff.; Bericht Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 26. Februar 2015, IV-act. 50-16 ff.; Austrittsbericht Klinik für Allgemeinmedizin des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG], vom 26. März 2015, IV-act. 50-6 f.). Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, hielt in seinem Arztbericht vom 31. März 2015 fest, der Versicherte sei wegen Rückenschmerzen schon länger zu 100 % arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit sei allenfalls halbtags zumutbar. Er empfehle eine psychosomatische Reha (IV-act. 50-2 ff.). Diese wurde vom 14. Juli 2015 bis 15. August 2015 in der Klinik F.\_\_\_\_ durchgeführt, wobei (verkürzt wiedergegeben) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.11), der Verdacht auf eine funktionelle Gangstörung (ICD-10: F45.9), der Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4), eine progrediente funktionelle Gangstörung (laut MRT vom Mai 2015 ohne Korrelat), sowie ein chronisches Schmerzsyndrom erhoben und die schwierige Situation mit Trennung von der langjährigen Freundin und Kündigung der langjährigen Stelle thematisiert wurden (Austrittsbericht Psychosomatik vom 21. September 2015, IV-act. 64). Zur psychiatrischen Weiterbehandlung war der Versicherte ab 21. August 2015 in ambulanter Psychotherapie bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser berichtete am 24. September 2015 über eine schwere bzw. später mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.2) sowie Abhängigkeitssyndrome bezüglich Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F13.3) sowie Opioiden (ICD-10: F11.2; IV-act. 81-25 ff.). Er attestierte ab Behandlungsbeginn eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten, die er vorrangig mit selbst für Laien erkennbaren orthopädischen Problemen begründete (Berichte vom 24. September 2015, IV-act. 81-25 ff. und vom 6. Februar 2016, IV-act. 81-2 ff.). Am 6. September 2016 wurde an der linken Schulter eine arthroskopische subacromiale Dekompression und Kapselstraffung durchgeführt (Entlassbrief Praxisklinik Dr. H.\_\_\_\_ vom 8. September 2016, IV-act. 92). Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom 6. April 2017 fiel der Versicherte durch einen extrem angeschlagenen Eindruck, starkes Hinken, eine gebückte Körperhaltung und massives Husten auf (IV-act. 123-3). Bei einer beruflichen Abklärung vom 8. Mai 2017 bis 4. August 2017 in der I.\_\_\_\_ (Mitteilung vom 19. Mai 2017, IV-act. 133) erreichte der Versicherte eine tägliche Präsenzzeit von 4,5 Stunden und einen Leistungsgrad von etwa 50 %. Eine Arbeit auf dem allgemeinen Markt erachtete die Projektleitung als nicht möglich (IV-act. 141-3). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre (Innere Medizin, Pneumologie, Orthopädie, Psychiatrie) Begutachtung, welche dem Begutachtungszentrum (BEGAZ) BL zugeteilt wurde. Die Gutachter diagnostizierten als die Arbeitsfähigkeit einschränkend anamnestisch ein Chlorasthma, einen chronischen oder intermittierenden Husten unklarer Ätiologie, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ein chronisches Schmerzsyndrom der linken Schulter mit Funktionsstörung, ein anamnestisch progredientes Schmerzsyndrom der Hüften bei bildgebend beidseitiger Coxarthrose und ausgeprägter Funktionsstörung, ein chronisches lumbal betontes Panvertebralsyndrom mit bildgebend multisegmentaler Veränderungen sowie ein intermittierendes Schmerzsyndrom der Kniegelenke bei bildgebend beginnender Gonarthrose. Als ohne Folgen für die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie die Folgen des Unfalles vom 18. Dezember 2011 bei Status nach Ulnaverkürzungsosteotomie am 19. November 2012 und Metallentfernung am 17. Dezember 2013 (vgl. IV-act. 173-9 f.). Die Gutachter kamen zum Schluss, die bisherige Tätigkeit als Bierbrauer sei dem Versicherten aufgrund der schmerzhaften

Bewegungseinschränkung der linken Schulter und der arthrotischen bzw. degenerativen Veränderungen nicht mehr zuzumuten. Diese Einschätzung gehe zurück auf die Schulterverletzung im Dezember 2013 und spätestens auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Bellikon im Oktober 2014. Eine adaptierte Tätigkeit sei dem Versicherten aus orthopädischer Sicht weitgehend vollschichtig möglich. Schmerzbedingt bestehe seit 2014 eine Einschränkung des Rendements von 30 % (IV 173-12 ff.). Der RAD befand, auf das Gutachten könne abgestellt werden (Stellungnahme vom 30. August 2018, IV-act. 182). Der Eingliederungsverantwortliche schloss den Fall am 19. September 2018 ab, da sich der Versicherte nicht in der Lage sah, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen (IV-act. 185-3; IV-act. 186; Mitteilung vom 20. September 2018, IV-act. 188). Die IV-Stelle aktualisierte den medizinischen Sachverhalt (pneumologische Standortbestimmung vom 5. November 2018, IV-act. 214-3 ff.; Bericht Orthopädie J.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2020, IV-act. 221-2 ff.; Bericht Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie, vom 10. Februar 2021, IV-act. 221-5; Bericht Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 28. Oktober 2019, IV-act. 221-10; Berichte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 4. Oktober 2019, IV-act. 221-13 f., und vom 24. August 2021, IV-act. 233). Mit Vorbescheid vom 14. Juli 2021 stellte die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf die gutachterlich attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit und einen errechneten Invaliditätsgrad von 41 % die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. April 2013 in Aussicht (IV-act. 228). Aufgrund einer von Dr. M.\_\_\_\_ angegebenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes holte die IV-Stelle beim BEGAZ ein Verlaufsgutachten ein (vgl. RAD-Stellungnahme vom 31. August 2021, IV-act. 234). Als Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ein CRC (Chronic Refractory Cough), ein somatisches Hustensyndrom, ein kontrolliertes Asthma bronchiale, eine schwere Coxarthrose bds., eine femoropatellärbetonte Pangenarthrose, eine fortgeschrittene Omarthrose links (adominant) und ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei multietageren degenerativen LWS-Veränderungen. Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie die Folgen des Sturzes mit subtotaler Ruptur des TFCC am 18. Dezember 2011 (IV-act. 286-10 f.). Sie befanden, die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter in einer Brauerei sei dem Versicherten in Übereinstimmung mit dem Vorgutachten seit dem Unfallereignis vom 13. Dezember 2013 nicht mehr möglich. In einer angepassten Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit ab Oktober 2014 auszugehen. Im Anschluss an die operative Schulterstabilisierung vom 6. September 2016 sei bis maximal drei Monate postoperativ von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen (Gutachten vom 26. April 2022, Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie, Pneumologie, IV-act. 286). Der RAD erachtete das Gutachten für beweistauglich (Stellungnahme vom 4. Mai 2022, IV-act. 289). Mit Vorbescheid vom 18. Mai 2022 ersetzte die IV-Stelle den Vorbescheid vom 14. Juli 2021 (IV-act. 228) und gewährte dem Versicherten am 18. Mai 2022 das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Zusprache einer Viertelsrente ab 1. April 2013 (Invaliditätsgrad 41 %, IV-act. 291). Mit Verfügungen vom 11. Juli 2022 (betreffend den laufenden Anspruch ab 1. August 2022; IV-act. 296) und vom 4. August 2022 (betreffend den rückwirkenden Anspruch vom 1. April 2013 bis 31. Juli 2022; IV-act. 301) entschied die IV-Stelle gemäss Vorbescheid. Mit Beschwerde vom 9. September 2022 beantragt der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin M.A. HSG in Law K. Herzog, die Verfügungen vom 11. Juli 2022 und vom 4. August 2022 seien unter Kosten- und

Entschädigungsfolge aufzuheben und ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen oder die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zur Begründung lässt der Beschwerdeführer geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe nicht berücksichtigt, dass zufolge seines psychosomatisch bedingten Hustens eine volle Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt bestehe (act. G 1 S. 14 f.). Der orthopädische Teilgutachter habe im Gutachten 2018 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bereits wegen der durch multiple degenerative Gelenksveränderungen bedingten Einschränkungen attestiert. Obwohl sich diese inzwischen deutlich verschlechtert hätten, sei ihm im orthopädischen Verlaufsgutachten in adaptierten Tätigkeiten jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden, was nicht schlüssig sei (act. G 1 S. 15). Aus psychiatrischer Sicht habe spätestens ab März 2015 und nicht erst ab August 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Zudem wäre diese auch in adaptierten Tätigkeiten zu berücksichtigen (act. G 1 S. 15). Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 22. November 2022, es sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab Oktober 2015 bis Ende März 2016 Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen. Sie bringt im Wesentlichen vor, der pneumologische Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ halte nachvollziehbar fest, dass der vom Beschwerdeführer gezeigte Dauerhusten medizinisch nicht erklärbar und konsistent sei, weshalb von einem gewollten demonstrativen Charakter und einer Aggravation auszugehen sei. Der Beschwerdeführer rüge zu Recht, dass im orthopädischen Verlaufsgutachten der Hinweis auf eine Einschränkung des Rendements um 30 % fehle. Allerdings werde die 30%ige Einschränkung im Konsens festgehalten. Daraus ergebe sich implizit, dass sich der Gesundheitszustand in orthopädischer Sicht zwischen dem Erstgutachten und dem Verlaufsgutachten nicht relevant verändert habe. Demnach sei der Einwand des Beschwerdeführers letztlich nicht stichhaltig. Der Beschwerdeführer sei vom 14. Juli 2015 bis 23. August 2015 stationär in der Klinik F.\_\_\_\_ behandelt worden. Demnach habe aus psychiatrischer Sicht bereits ab 14. Juli 2015 und nicht erst ab 1. August 2015 bis Ende Dezember 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, weshalb der Beschwerdeführer ab Oktober 2015 bis Ende März 2016 Anspruch auf eine ganze Rente habe. Die Gutachter hätten die geltend gemachten Beschwerden ausführlich und widerspruchsfrei abgeklärt, weshalb vorbehältlich der dargelegten Korrektur darauf abzustellen sei. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (act. G 6). Mit Replik vom 27. Januar 2023 bringt der Beschwerdeführer vor, die Hustensymptomatik bestehe nicht erst seit dem Jahr 2013, sondern bereits seit dem Unfall im Jahre 2011. Mit diesem Unfall hätten die psychosozialen Belastungen begonnen. Er habe auf die Trennung von der langjährigen Lebenspartnerin und die Kündigung mit starkem Gewichtsverlust, einer Gangstörung, vermehrtem Husten und einem als epileptischen Anfall interpretierten Zusammenbruch reagiert. Da über alle Jahre keine organische Ursache für den Husten gefunden worden sei, sei eine somatoforme Ursache überwiegend wahrscheinlich. In Nachachtung der gutachterlichen Empfehlungen habe er vom 28. Oktober 2022 bis 14. November 2022 eine stationäre Rehabilitation in der Hochgebirgsklinik O.\_\_\_\_ durchgeführt. Gemäss Austrittsbericht vom 26. April 2022 (act. G 10.1) sei bei Eintritt eine ausgeprägte und bei Austritt eine mittelgradige depressive Symptomatik festgestellt worden, welche sich nur sehr zögerlich verbessert habe. Es habe tagsüber ein stark anhaltender Husten bestanden, der erst nachts persistiert (gemeint wohl: sistiert) habe. Die Klinik sei von einer ungünstigen Prognose bei einem Funktionsniveau von 41 % bis 50 % ausgegangen. Sie bestätige

folglich den anhaltenden Husten und gehe von einer somatoformen Funktionsstörung aus. Weiter beantragt der Beschwerdeführer die Edition der Tonaufnahmen der Begutachtung zum Nachweis, dass der Husten fast ununterbrochen angehalten habe und in allen Untersuchungen in ähnlichem Ausmass vorhanden gewesen sei. Die Gutachter hätten festgehalten, dass das Ausmass des Hustens mit erheblichen Beeinträchtigungen verbunden und invalidisierend sei. Sie liessen jedoch den Umfang der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit offen. Unter Berücksichtigung der erheblichen Gelenk- und Rückenbeschwerden sowie der seit mehreren Jahren bestehenden depressiven Erkrankung sei eine Arbeitsunfähigkeit von nur 30 % nicht nachvollziehbar. Vielmehr sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen (act. G 10). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 12). Auf die weiteren Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 11. Juli 2022 über den laufenden Rentenanspruch ab 1. August 2022 (IV-act. 296) und mit Verfügung vom 4. August 2022 über den rückwirkenden Rentenanspruch ab 1. April 2013 (IV-act. 301) in zwei separaten und zeitlich auseinanderliegenden Verfügungen entschieden. Dabei handelt es sich um ein einziges bzw. einheitliches Rechtsverhältnis, über welches in einem gemeinsamen Entscheid zu befinden wäre (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.3). Da sich vorliegend der im Verfügungszeitpunkt massgebliche Sachverhalt im Zeitraum zwischen den Verfügungen (11. Juli 2022 bis 4. August 2022) nicht verändert hat und beide Verfügungen fristgerecht angefochten wurden, ist ohne Weiteres das gesamte Rechtsverhältnis (Rentenanspruch ab 1. April 2013) überprüfbar und zu beurteilen. Aufgrund der Anmeldung am 24. Oktober 2012 besteht ein allfälliger Rentenanspruch erst ab 1. April 2013 (Ablauf der Frist gemäss Art. 29 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung IVG; SR 831.20)]. Zu prüfen ist, ob zu diesem Zeitpunkt auch das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen war. Zwar attestierten die Gutachter dem Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit erst seit der Schulterverletzung im Dezember 2013 bzw. spätestens seit der Einschätzung durch die Rehaklinik Bellikon im Oktober 2014 (IV-act. 173-12; IV-act. 286-13). Indes war der Beschwerdeführer (zumindest) in der angestammten Tätigkeit bereits ab 20. Dezember 2011 zu 100 %, ab 20. Februar 2012 zu 50 %, ab 30. Mai zu 25 % und ab 14. September 2012 wiederum zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-act. 45-2), weshalb das Wartejahr bereits am 19. Dezember 2012 erfüllt war. Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des IVG und der IVV (Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands (BGE 144 V 213 E. 4.3.1) bzw. im Zeitpunkt der Entstehung des zu beurteilenden Rentenanspruchs (vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz. 9101) Geltung haben. Die angefochtenen Verfügungen datieren vom 11. Juli 2022 und vom 4. August 2022 betreffend ein ab 1. April 2013 entstandenen Rentenanspruch (E. 1.2). Demnach sind die Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung anwendbar und werden nachfolgend in dieser Fassung zitiert. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung

verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 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 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. 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 Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107). 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 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Medizinische Grundlage bilden die BEGAZ-Gutachten vom 26. April 2022 (IV-act. 286) und vom 15. August 2018

(IV-act. 173). Deren Beweistauglichkeit ist umstritten. Die Gutachter befragten den Beschwerdeführer anlässlich beider Begutachtungen umfassend (für das Gutachten vom 15. August 2018: IV-act. 174-6 ff.; IV-act. 175-4 ff.; IV-act. 176-9 ff.; IV-act. 174-4 ff.; für das Verlaufsgutachten vom 26. April 2022: IV-act. 280-6 ff.; IV-act. 281-4 ff.; IV-act. 282-7 ff.; IV-act. 287-6 ff.). Dabei gab dieser im Rahmen der Begutachtung Schmerzen im Bereich der linken Schulter, der Leisten und im lumbalen Bereich an (IV-act. 176-10 f.). Im Rahmen der Verlaufsbeurteilung beklagte er, er könne sich kaum mehr bewegen, alles tue weh. Gehen sei soweit noch ordentlich möglich, Liegen und Sitzen seien wegen Hüft- und Knieschmerzen aber eingeschränkt (IV-act. 280-6). Die Beschwerden bzw. Schmerzen am Rücken, der linken Schulter, der Knie und der Hüfte würden laufend schlimmer und hätten seit der letzten Begutachtung deutlich zugenommen (IV-act. 280-7; IV-act. 281-4; IV-act. 282-8; IV-act. 287-7). Treppensteigen sei infolge der mannigfaltigen Beschwerden sehr mühsam. Spazieren sei maximal 8-10 Min. möglich, Sitzen 15 Min., dann entwickle er Schmerzen im Bereiche der Hüftgelenke rechtsbetont und der Kniegelenke (IV-act. 280-8). Die Befundaufnahme erfolgte in üblicher Art und Weise (für das Gutachten: IV-act. 174-10 ff.; IV-act. 175-10 ff.; IV-act. 176-13 ff.; IV-act. 177-5 f.; für das Verlaufsgutachten: IV-act. 280-1 ff.; IV-act. 281-9 ff.; wobei eine regelrechte pneumologische und internistische Untersuchung aufgrund des Hustens des Beschwerdeführers und der Coronaschutzmassnahmen nicht möglich war; vgl. IV-act. 282-11 f.; IV-act. 287-10). Die Diagnosestellung und medizinische Beurteilung erfolgten unter Berücksichtigung der relevanten Vorakten (für das Gutachten: IV-act. 175-13; IV-act. 176-18 f.; IV-act. 1276-6; für das Verlaufsgutachten: IV-act. 280-3 ff., 17; IV-act. 281-4, 12; IV-act. 282-4 ff., 13 f.; IV-act. 287-6). Der Beschwerdeführer fiel bereits in der Begutachtung 2018 durch massivste Hustenanfälle auf. Er schilderte, seit 2011 bzw. den beiden Unfällen darunter zu leiden, das Auftreten sei belastungsabhängig (IV-act. 173-8; IV-act. 177-4). Abklärungen durch Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie, waren im Jahr 2017 hinsichtlich einer organischen Ursache für den Husten ergebnislos geblieben (IV-act. 268). Die Gutachter hielten fest, dass das gezeigte Ausmass der Hustenbeschwerden weder für den Beschwerdeführer noch für die Umgebung über längere Zeit tolerierbar wäre. Das gezeigte Ausmass sei nicht konsistent. Sie fanden Inkonsistenzen im Auftreten des Hustens (IV-act. 173-11; IV-act. 177-5, 7) und führten aus, aufgrund der aufgezeigten Inkonsistenzen / Plausibilitätsbeurteilungen sei das Ausmass (der Auswirkungen) der Hustenbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit kaum beurteilbar (IV-act. 173-12). Gesichert sei die qualitative Einschränkung für jegliche Tätigkeit (angestammt und adaptiert) mit Exposition von Reizstoffen und bei tiefen Temperaturen. Eine Beurteilung der zeitlichen Arbeitsfähigkeit sei erst nach medizinischen Massnahmen möglich. Diese umfassten eine pulmonale Aufarbeitung (eine solche benötige mehrere Wochen Zeit, was in der Begutachtungssituation aktuell nicht möglich gewesen sei). Es fehlten jegliche Therapie, eine Diagnosestellung mit differenzialdiagnostischer Beurteilung, eine Verlaufskontrolle sowie Berichte des Hausarztes und der Fachärzte zu diesem Thema. Rein theoretisch müsste jedoch ein Patient mit chronischem Husten eine Arbeit ohne Publikumskontakt und ohne langzeitigem Mitarbeiterkontakt indoor und outdoor unter Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen im vollen Zeitumfang absolvieren können (IV-act. 177-7). Die geforderten Abklärungen fanden in der Folge nicht statt. Die behandelnde Pneumologin Dr. med. Q.\_\_\_\_ berichtete am 5. November 2018, es liege eine ausserordentlich starke psychische Überlagerung vor (IV-act. 214-4). Anlässlich der Verlaufsbeurteilung traten die Hustenattacken sowohl hinsichtlich Frequenz als auch

bezüglich Intensität inkonsistent auf (IV-act. 282-15; IV-act. 287-7, 11). Der psychiatrische Gutachter konnte eine psychologische Ursache des Hustens nicht bestätigen. Er hielt fest, es bestehe keine Persönlichkeitsstörung und der Husten sei ab dem Jahr 2013 dokumentiert, mithin vor dem Auftreten der psychosozialen Belastungen durch Verlust der Arbeitsstelle und Trennung der Partnerschaft (IV-act. 281-12; IV-act. 286-14). Im Verlaufsgutachten diagnostizierte der pneumologische Gutachter als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend ein CRC (Chronic Refractory Cough), ein somatisches Hustensyndrom sowie ein kontrolliertes Asthma bronchiale (IV-act. 282-12). Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hielt er fest, die Beurteilung des Gutachtens vom Juli 2018 gelte weiterhin. Eine Beurteilung der zeitlichen Arbeitsfähigkeit sei nach medizinischen Massnahmen möglich (IV-act. 282-15 f.). Der Experte schlug eine psychosomatische und pneumologische Abklärung in milbenfreier Höhenlage und eine weitere differenzialdiagnostische Aufarbeitung vor (GOR mit Endoskopie, Impedanz-pH-Metrie und Ösophagus-Manometrie, Therapieversuch über 60 - 90 Tage mit hochdosierten PPI 2 x täglich, Computertomographie des Thorax und Bronchoskopie; IV-act. 282-16). Vom 28. Oktober 2022 bis 24. November 2022 erfolgte ein stationärer Aufenthalt in der Abteilung Psychosomatik der Hochgebirgsklinik O.\_\_\_\_, wo dem Beschwerdeführer eine somatoforme autonome Funktionsstörung des Atmungssystems und eine gegenwärtig mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurden. Subjektiv konnte keine Verbesserung erreicht werden, objektiv waren dezente Stabilisierungsfortschritte im physischen Bereich feststellbar. Die festgelegten Ziele wurden nicht erreicht (Austrittsbericht Hochgebirgsklinik O.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2022, act. G 10.1). Der mit Replik eingereichte Bericht enthält keine Aussage zur quantitativen Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht. Die zusätzlich im Gutachten geforderten medizinischen Massnahmen erscheinen für das mit medizinischen Laien besetzte Gericht bisher nicht durchgeführt worden zu sein. Es handelt sich entgegen des Wortlauts bzw. der Art der Wiedergabe im Gutachten (im Verlaufsgutachten unter medizinische Massnahmen und Therapie mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mit der Frage: "Kann die Arbeitsfähigkeit noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden?" aufgeführt; IV-act. 282-16) auch nicht ausschliesslich um Massnahmen zur allfälligen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, sondern diese sind zur abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht notwendig. Ob die vom Gutachter aufgeführten Massnahmen nun mit dem stationären Aufenthalt in O.\_\_\_\_ erfüllt wurden oder überhaupt sinnvoll sind, ist für das Gericht nicht ohne Weiteres erkennbar. Jedenfalls fehlt bisher eine abschliessende Beurteilung der zeitlichen Arbeitsfähigkeit in diesem Teilbereich. An dieser Sachlage würde auch der vom Beschwerdeführer beantragte Beizug der Tonaufnahmen der Begutachtung nichts ändern, da das Gericht dadurch nicht in die Lage versetzt würde, eine medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit aus pneumologischer Sicht vorzunehmen. Deshalb ist der Beweisantrag in antizipierter Beweiswürdigung abzulehnen. Überdies konnte der Gutachter die geplante Lungenfunktionsprüfung sowie eine klinische Untersuchung der Lunge (reguläre Auskultation und Feststellung der physikalischen Befunde) gar nicht durchführen (IV-act. 282-11 f.) und hielt explizit fest, dass eine Bewertung der zeitlichen Arbeitsfähigkeit nach den medizinischen Massnahmen möglich sei (IV-act. 282-15 f.). Festzuhalten ist, dass im pneumologischen Bereich der medizinische Sachverhalt noch nicht vollständig erhoben und abgeklärt und damit der Untersuchungsgrundsatz verletzt wurde. Dementsprechend ist die Sache zur Vornahme von

weiteren Abklärungen – evtl. auch die Erhebung von fremdanamnestic Angaben – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Überdies erscheinen auch die Einschätzungen aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht nicht schlüssig. Im Gutachten aus dem Jahr 2018 wurden als Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom der linken Schulter mit Funktionsstörung bei bildgebend festgestellter Omarthrose, ein progredientes Schmerzsyndrom der Hüfte mit ausgeprägter Funktionsstörung bei bildgebend beidseitiger Coxarthrose, ein chronisches lumbal betontes Panvertebralsyndrom bei bildgebend degenerativen multisegmentalen Veränderungen sowie ein intermittierendes Schmerzsyndrom der Kniegelenke bei bildgebend beginnender medianer Gonarthrose links diagnostiziert (IV-act. 176-17). Anlässlich der Verlaufsbeurteilung erhob der orthopädische Verlaufsgutachter eine schwere Coxarthrose beidseits, eine femoropatellär betonte Pangonarthrose beidseits, eine fortgeschrittene Omarthrose links sowie ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei multietageren degenerativen LWS-Veränderungen (IV-act. 280-16). Sowohl im Erst- als auch im Verlaufsgutachten hielten die Gutachter fest, seit dem Reha-Aufenthalt in Bellikon im Oktober 2014 seien dem Beschwerdeführer adaptierte Tätigkeiten weitgehend vollschichtig möglich (IV-act. 176-20; IV-act. 280-19). Im Erstgutachten hielt der Sachverständige indes zusätzlich fest, schmerzbedingt müsse seit 2014 von einer Einschränkung des Rendements von 30 % ausgegangen werden zwecks Einlegen von kurzen Erholungspausen bei multiplen degenerativen Gelenksveränderungen (IV-act. 176-20). Eine Erklärung, weshalb die Einschränkung des Rendements nicht mehr bestehe, findet sich im Verlaufsgutachten nicht. Bildgebend nachgewiesen haben sich die degenerativen bzw. arthrotischen Befunde im Zeitraum zwischen den Gutachten verschlimmert. Diese zeigten im Zeitpunkt der Erstbeurteilung arthrotische Veränderungen in der linken Schulter, degenerative Veränderungen im rechten Handgelenk, der LWS (Facettengelenksdegeneration, Spondylarthrosen, Osteochondrosen, Diskopathien und Spondylosen ohne Nervenwurzelkompression im Bereich L2 bis L5), grosse osteophytische Ausziehungen am Femurkopf bds. sowie eine chronische Synovitis, eine mässig fortgeschrittene Arthrose und chondropathische Veränderungen im linken Knie (IV-act. 176-16 f.), während sich im Vorfeld der Verlaufsbeurteilung beidseitig eine schwere Coxarthrose mit "grotesken" Osteophyten und deformiertem Femurkopf links, eine Gonarthrose sowie Osteophyten an den Kniegelenken sowie im Bereich der linken Schulter eine Omarthrose, ausgeprägte Osteophyten, eine Gelenksinkongruenz und eine Partialläsion der Rotatorenmanschette darstellen liessen (IV-act. 280-14 f., 17). Zwar sind für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht die Diagnosen bzw. bildgebenden Befunde massgebend, sondern das Ausmass der objektivierbaren funktionellen Einschränkungen, denn weder aus der Diagnose noch aus der Bildgebung lässt sich auf das Ausmass der versicherungsrechtlich relevanten Beschwerden schliessen. Jedoch ergaben die klinischen Befunde im Vergleich eine stärkere Einschränkung der Beweglichkeit der Hüfte (IV-act. 176-15 vs. IV-act. 280-12). An der linken Schulter war gemäss Verlaufsgutachten die Muskelkraft drastisch eingeschränkt (IV-act. 280-12, 15, 17), während im Vorgutachten von einer gegenüber der rechten Seite eingeschränkten Beweglichkeit und von einem um einen cm geringeren Armumfang berichtet wurde (IV-act. 176-15). Am rechten Knie konnte neu ein deutliches femoropatelläres Krepieren festgestellt werden (IV-act. 176-15 vs. IV-act. 280-12). An dieser Stelle ist auch zu vermerken, dass es gemäss Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 24. August 2021 seit seiner Untersuchung vom 4. Oktober 2019 durch einen Sturz bedingt zu einer Traumatisierung der Omarthrose links gekommen sei

(IV-act. 221-13), weshalb vermehrte Schmerzen zumindest möglich erscheinen. Die beklagten tieflumbalen Rückenschmerzen liessen sich gemäss Verlaufsgutachten teilweise auf die degenerativen LWS-Veränderungen zurückführen, wobei im Spontanverhalten die Beweglichkeit der LWS nicht relevant eingeschränkt erschien (IV-act. 280-18). Im orthopädischen Verlaufsgutachten ist deshalb nicht schlüssig beurteilt worden, weshalb bei der Erstbegutachtung eine 70%ige und bei der Verlaufsbeurteilung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert wurde, zumal sich aus den Akten keine Anhaltspunkte für eine organische Verbesserung der Befunde, sondern eher für eine Zunahme der arthrotisch bedingten Beschwerden ergeben. Im Verlaufsgutachten wurde allerdings im Konsens insgesamt nach wie vor eine 30%ige Leistungseinbusse attestiert, jedoch nicht mehr aus orthopädischer, sondern aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) bzw. mittelgradigen Beeinträchtigungen bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen und der Durchhaltefähigkeit begründet (IV-act. 281-11, 13 f.). Die psychiatrische Diagnose wurde bereits im Erstgutachten gestellt (IV-act. 175-12) und erfolgte im Verlaufsgutachten unter dem Vorbehalt, dass die Schmerzen im Bereich beider Knie, beider Hüften, des lumbalen Rückens, beider Schulter und des Kopfes nicht ausreichend durch somatische Befunde zu erklären seien (IV-act. 281-16). Dass dem so wäre, ist dem Gutachten allerdings nicht zu entnehmen. Vielmehr leuchtet in Anbetracht der beschriebenen orthopädischen Befunde gerade nicht ein, dass die Schmerzen nunmehr nicht mehr somatisch erklärbar sein sollten. Die Gutachter verweisen diesbezüglich lediglich auf die eingehende Konsensbesprechung (IV-act. 286-13). Die Gutachter beantworteten somit nicht schlüssig, weshalb somatischerseits neu von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen ist, obschon sie im Vorgutachten bei noch weniger ausgeprägten Befunden noch von einer Einschränkung von 30 % ausgegangen sind bzw. weshalb nun aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung von 30 % in einer adaptierten Tätigkeit bestehen soll. Die psychiatrische Gutachterin attestierte im Erstgutachten in Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychiater Dr. G.\_\_\_\_ (Arztbericht vom 24. September 2015, IV-act. 81-25 ff.) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von August 2015 bis Dezember 2015 (IV-act. 175-15). Diese wurde in der Konsensbeurteilung nicht berücksichtigt (IV-act. 173-12 ff.). Wie die Beschwerdeführerin zudem zu Recht festgestellt hat, lag eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bereits ab Eintritt in die Klinik F.\_\_\_\_ am 14. Juli 2015 vor. Überdies wurde schon zuvor, nämlich bereits vom 9. bis 20. März 2015 aufgrund eines stark schmerzreduzierten Allgemeinzustandes mit deutlichem ungewolltem Gewichtsverlust von 12 bis 15 kg während den vorangegangenen Wochen ein Spitalaufenthalt notwendig, anlässlich dessen als Reservemedikation Morphin rezipiert wurde (Bericht Klinik für Allgemeine Innere Medizin des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 26. März 2015, IV-act. 50-6 ff.). Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 31. März 2015, der Beschwerdeführer sei aufgrund von Rückenschmerzen und einer Depression schon längere Zeit zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 50). Seitens der Schmerzlinik wurde im Verlaufsbericht vom 4. Dezember 2015 aufgeführt, im Laufe der Wochen sei es, bei auch bestehenden massiven Belastungen, zu einer deutlichen Verschlechterung der Symptomatik gekommen (schlechtere Körperhaltung, massiv kürzere Gehstrecke und eminenter Alltagsbelastung mit Haushalt und Einkäufen). Zudem habe der Beschwerdeführer bei der letzten Konsultation im Oktober über rezidivierende Synkopen bzw. Schwächeanfälle berichtet. Aktuell sei er in einer leichten Tätigkeit maximal 30 % arbeitsfähig (IV-act. 76). Der RAD ging gestützt darauf von einer steigerbaren Arbeitsfähigkeit von 30 % aus

(Stellungnahme vom 22. Januar 2016, IV-act. 78). Dr. med. R.\_\_\_\_, Leitender Arzt Traumatologie Stadthospital S.\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 25. Januar 2016 fest, der Allgemeinzustand des Beschwerdeführers habe sich deutlich verbessert. Er lasse jedoch den geplanten arthroskopischen Schultereingriff jedoch noch nicht zu, es seien drei Monate abzuwarten (Fremdakten, act. 232). Die RAD-Ärztin schloss daraus, dass noch kein Eingliederungspotential vorliege (Stellungnahme vom 14. März 2016, IV-act. 85). Im Verlaufsbericht vom 27. Mai 2016 führte Dr. R.\_\_\_\_ aus, selbst für eine Teilarbeitsfähigkeit in einer sehr leichten, wahrscheinlich nur sitzenden Tätigkeit, sei die Prognose sehr schlecht (IV-act. 90-2 ff.). Die Gutachter bestätigten im Anschluss an die Schulteroperation vom 6. September 2016 (Entlassbrief vom 8. September 2016, IV-act. 92) eine Arbeitsunfähigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 6 bis 8 Wochen. Die RAD-Ärztin sah aufgrund des noch instabilen Gesundheitszustandes für die kommenden drei Monate noch kein Eingliederungspotential (Stellungnahme vom 25. Januar 2017, IV-act. 107). Im Gutachten vom 15. August 2018 wurde festgehalten, rückwirkend sei ab Oktober 2014 (Zeitpunkt der Einschätzung der Rehaklinik Bellikon) von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % (durchgehend) auszugehen. Dabei setzten sich die Gutachter nicht mit einer aufgrund der angeführten Berichte möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustands nach dem Aufenthalt in Bellikon auseinander. Zusammenfassend ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt hinsichtlich des Hustens und bezüglich des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit bis zum Jahr 2016 noch nicht spruchreif ist. Ausserdem fehlt eine schlüssige Erklärung für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten um 30 % aus orthopädischer oder psychiatrischer Sicht. Das Verfahren ist daher – entsprechend dem Eventualantrag des Beschwerdeführers – zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die angefochtenen Verfügungen vom 11. Juli 2022 und vom 4. August 2022 sind aufzuheben und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinn der Erwägungen sowie zu neuer Verfügung 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 als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Demnach hat die Beschwerdegegnerin die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Demnach hat der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat eine Kostennote über Fr. 8'282.13 eingereicht (act. G 13.1). Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Für Beschwerdeverfahren betreffend Streitsachen in der Invalidenversicherung spricht das Versicherungsgericht in der Regel CHF 4'000 zu. Innerhalb des für eine Pauschale gesetzten Rahmens wird das Grundhonorar nach den besonderen Umständen, namentlich nach Art und Umfang der Bemühungen, der Schwierigkeit des Falls und den wirtschaftlichen Verhältnissen der Beteiligten bemessen (Art. 19 HonO sowie Art. 31 Abs. 1 und 2 des Anwaltsgesetzes [sGS 963.7, AnwG]). Die

eingereichte Kostennote stellt lediglich eines der verschiedenen Bemessungskriterien dar. Zudem ist zu beachten, dass die Parteientschädigung nach bundesgerichtlicher Praxis nicht sämtliche erforderlichen Kosten decken, sondern nur einen Teil des nötigen Prozessaufwands muss (Urteil des Bundesgerichts 1C\_58/2019 vom 31. Dezember 2019 E. 3.4). Der von der Rechtsvertreterin geltend gemachte Zeitaufwand ist angesichts der im vorliegenden Fall nicht übermässig schwierigen Rechtsfragen zu hoch. Mit Blick auf die in vergleichbaren Fällen zugesprochenen Entschädigungen, der eher langen zu beurteilenden Anspruchsdauer und der damit verbunden etwas überdurchschnittlichen Aktenmenge erscheint eine leicht höhere Parteientschädigung als in den üblichen durchschnittlichen Fällen von Fr. 4'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen vom 11. Juli 2022 und vom 4. August 2022 aufgehoben und das Verfahren zu weiteren Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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