

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/26 vom 23. November 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_26

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/26 du 23 novembre 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/26 del 23 novembre 2023

Regeste

Art. 43 Abs. 1 ATSG. Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Beweiskraft eines Gutachtens. Bezüglich des Vorliegens einer entzündlichen rheumatologischen Erkrankung besteht eine weitgehende diagnostische Unsicherheit. Die Zuckphänomene und die ME/CFS bzw. die SEID sind bisher nicht fachmedizinisch gutachterlich untersucht worden. Daher sind weitergehende gutachterliche Abklärungen notwendig. Rückweisung der Sache zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens an die IV-Stelle. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. November 2023, IV 2023/26).

Volltext

Entscheid vom 23. November 2023 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger Geschäftsnr. IV 2023/26 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und Beratung GmbH, Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich erstmals im November 2004 wegen Rückenbeschwerden bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Nachdem er eine neue Arbeitsstelle gefunden hatte (IV-act. 30), zog er das Gesuch um IV-Leistungen am 4. Oktober 2005 vorbehaltlos zurück (IV-act. 33). Im Januar 2020 meldete die Arbeitgeberin den Versicherten zur Früherfassung bei der IV-Stelle an (IV-act. 38). Sie gab an, dass der Versicherte seit dem 7. Oktober 2019 wegen eines Bandscheibenvorfalles in seiner Tätigkeit als Schweisser zu 100 % arbeitsunfähig sei. Im Anmeldeformular gab der Versicherte am 13. Februar 2020 an (IV-act. 43), dass er an Rückenbeschwerden mit einschliessenden Schmerzen und Ausstrahlungen in die Beine leide. Er habe eine Lehre als Bäcker abgeschlossen (IV-act. 46). Die Arbeitgeberin berichtete der IV-Stelle am 24. Februar 2020 (IV-act. 54), dass sie den Versicherten seit dem 19. September 2005 in einem Vollpensum beschäftige. Seit dem 7. Oktober 2019 sei er voll arbeitsunfähig geschrieben. Die Tätigkeit des Versicherten beinhalte das Schweißen und Arbeiten mit dem Winkelschleifer. Es handle sich um eine oft stehende Tätigkeit, bei welcher manchmal mittelschwere und selten schwere Lasten gehoben und getragen werden müssten. Der Hausarzt Dr. med. B.____ berichtete der IV-Stelle am 24. Februar 2020 (IV-act. 56), dass der Versicherte an einer schweren erosiven Osteochondrose L5/S1 und an einem Status nach einer zweifachen Diskushernienoperation L5/S1 leide. Der Versicherte sei seit dem 7. Oktober 2019 zu 100 % arbeitsunfähig. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei in ca. vier Wochen vorgesehen. Am 13. Dezember 2019 war – bei einem Status nach

zweimaliger Diskushernienoperation L5/S1 links 2004 – eine mikrochirurgische Dekompression L4/L5 rechts erfolgt (IV-act. 56-3 f.). Wegen rechtsseitigen ISG-Beschwerden unterzog sich der Versicherte am 1. Mai 2020 einer ISG-Arthrodesse bds. (IV-act. 60). Dr. med. C.____ erklärte im Bericht zur Kontrolluntersuchung vom 2. Juni 2020 (IV-act. 59), dass der Verlauf insgesamt zufriedenstellend sei. Der Versicherte beginne am 1. Juli 2020 einen Arbeitsversuch in einem Pensum von 50 %. Derselbe Arzt berichtete dem Hausarzt am 15. Juli 2020 (IV-act. 64), dass der Arbeitsversuch am 8. Juli 2020 wegen Schmerzattacken gluteal bds. rechtsbetont und im Beckenbereich habe abgebrochen werden müssen. Am 5. August 2020 (IV-act. 65) berichtete Dr. C.____ dem Hausarzt, dass es bei den wechselnden, seit längerer Zeit bekannten Beckenschmerzen keinen Sinn mache, die – körperlich eigentlich nicht anstrengende – Arbeit als Schlosser wieder aufzunehmen. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 2. Dezember 2020 mit, dass sie die Kosten für eine begleitende Beratung im Hinblick auf den Erhalt seines Arbeitsplatzes übernehme (IV-act. 80). Bereits am 26. November 2020 hatte eine Konsultation bei Dr. med. D.____, Rheumatologie E.____, stattgefunden. Dr. D.____ hatte im Untersuchungsbericht festgehalten (IV-act. 87), dass der Versicherte an einer symptomatischen axialen und peripheren Spondyloarthritis leide. Die Bandscheibenfächer L4-S1 und die ISG seien noch nicht ossär durchgebaut. Des Weiteren habe er einen Befall mit dem Katzen- und Hundespulwurm festgestellt. Der Versicherte habe über eine anhaltende Erschöpfungssymptomatik sowohl im seelischen als auch im körperlichen Bereich berichtet, welche hinreichend durch die HLA Assoziation zur Narkolepsie miterklärt sei. Für die nächsten drei Monate bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 %. Dr. C.____ berichtete dem Hausarzt am 1. Dezember 2020 (IV-act. 86), dass es intermittierend immer wieder zu Gesäss- und Leistenschmerzen, zuletzt eher linksbetont, komme. Am 7. Dezember 2020 beginne ein Arbeitsversuch in einem Pensum von 20 %. Am 21. Dezember 2020 werde das Pensum voraussichtlich auf 40 % und am 4. Januar 2021 auf 50 % erhöht. Bereits am 13. November 2019 war eine Untersuchung in der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) erfolgt (IV-act. 104). Die Ärzte hatten als Diagnose ein lumbovertebragenes Schmerzsyndrom ohne klare radikuläre Zeichen, mit wechselnden Kribbelparästhesien bds., bei einem Status nach Sequestrektomie LWK5/SWK1 links 06/2004 und Re-Sequestrektomie LWK5/SWK1 links 09/2004, bei einer Osteochondrose Modic Typ II LWK5 und bei einem Status nach einer Infiltration der Facettengelenke LWK5/SWK1 am 8. Oktober 2019 mit minimalstem Ansprechen, angegeben. Sie hatten erklärt, dass sie als mögliche Mitursache für die Symptomatik die ausgeprägten degenerativen Veränderungen im Bereich des lumbosakralen Übergangs sähen. Die massive Symptomatik sei jedoch nicht nur mit diesen Degenerationen zu erklären. Partiiell imponiere auch eine psychosomatische Komponente. Die Ruhigstellung des Segments LWK5/SWK1 mittels Spondylodese würde die Schmerzen ihrer Meinung nach nicht signifikant lindern. Die Ärzte empfahlen die Anbindung des Versicherten an eine Schmerzklinik für eine interdisziplinäre Evaluation und Behandlung. Die Eingliederungsverantwortliche der IV notierte am 11. Januar 2021, dass der Versicherte trotz Rückenbeschwerden seine angestammte Tätigkeit in einem Pensum von 40 % wieder aufgenommen habe (IV-act. 108). RAD-Ärztin Dr. F.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, notierte am 12. Januar 2021, dass der Gesundheitszustand des Versicherten derzeit instabil sei (IV-act. 109). Nach den Operationen vom 20. Dezember 2019 und 1. Mai 2020 sei noch keine vollständige knöcherne Durchbauung eingetreten. Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit angestammt und adaptiert von 40 %. Dr. C.____

berichtete dem Hausarzt am 14. Januar 2021 (IV-act. 115), dass es dem Versicherten klinisch mehr oder wenig unverändert gehe. Dieser habe ab dem 21. Dezember 2020 zu 40 % gearbeitet, seit dem 4. Januar 2021 arbeite er zu 50 %. Derselbe Arzt berichtete dem Hausarzt am 25. Februar 2021 (IV-act. 116), dass der Versicherte ab der nächsten Woche wieder zu 100 % arbeiten wolle. Er schliesse die Behandlung ab, da die aktuellen Beschwerden aus neurochirurgischer Sicht nicht erklärt werden könnten. Dr. D. ___ hielt im Bericht vom 25. Februar 2021 fest (IV-act. 121), dass aufgrund der entzündlichen rheumatologischen Grunderkrankung und unter Berücksichtigung des Gesamtzustandes und der Bildgebung mit weiteren Belastbarkeitsminderungen keine Leistungsfähigkeit für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten mehr gegeben sei. Am 27. Mai 2021 informierte die Eingliederungsverantwortliche die zuständige Mitarbeiterin der Rentenabteilung (IV-act. 129), dass sie bei einer Arbeitsplatzabklärung habe feststellen können, dass die angestammte Tätigkeit zu 80 bis 90 % adaptiert sei. Der Versicherte scheine das Arbeitspensum trotz grösster Bemühungen nicht über 50 % steigern zu können. Auf Nachfrage hin teilte Dr. D. ___ der Eingliederungsverantwortlichen am 24. August 2021 per E-Mail mit (IV-act. 131), dass beim Versicherten aus orthopädisch-chirurgischer und rheumatologischer sowie physikalisch-medizinischer und rehabilitativer Sicht und unter Berücksichtigung der psychosomatischen und psychosozialen sowie der schmerzmedizinischen Aspekte auf Dauer keine Leistungsfähigkeit über 50 % gegeben sei. Gleichtags berichtete Dr. D. ___ dem Hausarzt (IV-act. 132) über eine Stabilisierung der Beschwerdesymptomatik mit deutlicher Tagesformabhängigkeit. Aufgrund der gesamthaften Instabilität der Lenden-Becken-Hüftregion bei einer deutlich verminderten Belastbarkeit sollte die antientzündliche rheumatologische Basistherapie als Kompensation des Triggerfaktors der reaktiven Arthritis gegebenenfalls über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren fortgesetzt werden. Zudem seien gesamthafte körperliche Überlastungen zu vermeiden. Aus rheumatologischer Sicht sei auf Dauer keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über die bisherigen 50 % möglich. RAD-Ärztin Dr. F. ___ notierte am 6. September 2021 (IV-act. 139), dass die Einschätzung von Dr. D. ___ aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ohne weiteres nachvollziehbar sei. Als Grund für die Arbeitsunfähigkeit habe Dr. D. ___ auch psychosomatische und psychosoziale sowie schmerzmedizinische Aspekte erwähnt. Darüber gebe es keine medizinischen Beurteilungen/Therapien. Die Eingliederungsverantwortliche notierte am 7. Oktober 2021 (IV-act. 140), dass eine stabile Arbeitsfähigkeit von 50 % habe erreicht werden können. Der Arbeitsvertrag werde ab Oktober 2021 auf 50 % angepasst. Sie empfahl die Rentenprüfung. Am 13. Oktober 2021 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab (IV-act. 143). RAD-Ärztin Dr. F. ___ empfahl am 8. Februar 2022 eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie (IV-act. 162). Im Juni 2022 wurde der Versicherte polydisziplinär durch die SMAB AG begutachtet (Gutachten vom 19. Juli 2022, IV-act. 175). Die Gutachter gaben als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) eine Osteochondrose der distalen Lendenwirbelsäule, Zustand nach zweimaliger dekompresiver Diskushernienoperation L5/S1 links 2004, Zustand nach dekompresivem Eingriff bei spinaler Stenose L4/5 rechts 12/2019 mit Foraminotomie und gleichzeitiger Spondylodesierung L4-S1, an. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Verdacht auf eine axiale und periphere Spondyloarthritis, eine bilaterale Arthrodesierung der ISG (Iliosakralgelenke) 05/2020 wegen Instabilität, eine verzögerte postoperative ossäre Stabilisation bei Hypovitaminose D, ein zentrilobuläres

Lungenemphysem (CT-Befund vom 23. Juli 2020) und einen leichten selektiven IgM-Mangel unklarer Ätiologie. Prof. Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Tropenmedizin und Infektiologie, hielt fest, dass auf dem internistischen Fachgebiet keine Diagnosen vorlägen, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Teilgutachten aus, dass noch eine weitgehende diagnostische Unklarheit bestehe. Dr. D.____ gehe davon aus, dass ein Rückenschmerz auf entzündlicher Basis bestehe, der auf Entzündungshemmer reagiere. Zwar hätten sich im aktuellen Labor als mögliche Indizien dafür marginal erhöhte Entzündungsparameter gezeigt. Allerdings hätten entsprechende Vorgänge bisher weder serologisch noch in radiologischen Abklärungen mittels Skelettszintigraphie und SPECT/CT eindeutig belegt werden können. Während der Untersuchung habe der Versicherte in drei völlig verschiedenen mechanischen Untersuchungssituationen ein höchst auffallendes Phänomen eines überraschenden, fast explosiven Zusammenzuckens mit plötzlicher Flexion des Oberkörpers nach vorne gezeigt, nämlich bei der diskreten Prüfung der Krallfähigkeit der Finger, bei der Aufforderung zu einem leicht beschleunigten Joggen an Ort und Stelle sowie beim Verlassen des Untersuchungsraumes unter gleichzeitigem kurzem Halten der zurückfedernden Türe. Nach allen drei Ereignissen habe sich nach 10 bis 15 Sekunden wieder eine Normalsituation eingestellt. Der Versicherte habe erklärt, dass ihm dies oft passiere. Der rheumatologische Gutachter kam zum Schluss, dass der Versicherte wegen der Rücken- und Beckenbeschwerden vermehrte Pausen benötige und sein Arbeitstempo reduziert sei. Die Leistungseinbusse betrage 20 %. Die bisherige Tätigkeit sei den physischen Fähigkeiten des Versicherten angepasst, da sie meist leichte, gelegentlich mittelschwere und selten schwere Arbeitsvorgänge beinhalte, die allenfalls den Rumpf belasten könnten. Auch in anderen angepassten Tätigkeiten betrage die Arbeitsunfähigkeit 20 %. Für die Zeit ab der Operation vom 12. Dezember 2019 bis Februar 2021 (Behandlungsabschluss durch den Neurochirurgen nach der Arthrodesen der ISG vom 1. Mai 2020) sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab März 2021 habe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestanden. Dr. D.____ sehe den Versicherten als maximal zu 50 % arbeitsfähig. Dr. D.____ habe in seiner Beurteilung allerdings nicht nur die rheumatologischen Aspekte einbezogen, sondern wohl eine mehr gesamtheitliche Sichtweise angewendet und internistische Symptome wie eine Dyspnoe etc. mitberücksichtigt. Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, hielt in seinem Teilgutachten fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose gestellt werden könne. In den Akten sei mehrfach die Verdachtsdiagnose eines Chronic Fatigue-Syndroms (CFS) geäußert worden. Aus psychiatrischer Sicht seien die Merkmale eines CFS nicht hinlänglich erfüllt. Der Versicherte habe sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration keineswegs nachhaltig müde oder rasch erschöpfbar gezeigt. Darüber hinaus handle es sich beim CFS nicht um eine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne. Der Versicherte habe die vom KSSG empfohlene Schmerztherapie wegen seiner Zweifel an deren Sinnhaftigkeit abgelehnt. Die Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung müsse befürchtet werden. Derzeit bestehe jedoch keine psychiatrische Symptomatik, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen würde. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung merkten die Gutachter unter anderem an, dass Dr. D.____ die Differenzialdiagnose CFS im Rahmen einer myalgischen Encephalomyelitis (ME) bei Vorliegen einer sogenannten HLA-Assoziation zur Narkopesie (HLA DRB1) vermutet habe. Aus dem Vorliegen eines bestimmten HLA-Haplotyps könne aber keine Diagnose abgeleitet werden. Die Gutachter schätzten die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen

wie auch in anderen angepassten Tätigkeiten aufgrund der rheumatologischen Einschränkungen auf 80 %. Eine angepasste Tätigkeit beinhalte vorwiegend kleine Rückenbelastungen durch Heben/Tragen, gelegentlich seien mittelschwere Aktionen möglich. Permanentes Sitzen sei nicht möglich. Bei einer stehenden Tätigkeit seien zwischenzeitliche Sitzpausen notwendig. In der Zeit vom 13. Dezember 2019 bis Februar 2021 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestanden. Der Versicherte hatte den Gutachtern ein Schreiben der J. ___ AG vom 31. Mai 2022 ausgehändigt (IV-act. 175-74). Der Produktionsleiter hatte unter anderem festgehalten, dass der Versicherte immer zuverlässig gearbeitet habe, auch wenn es ihm gesundheitlich nicht gut gegangen sei. Das Arbeitspensum von 50 % bringe ihn an seine Grenzen. Dr. D. ___ hatte dem Hausarzt am 16. Mai 2022 berichtet (IV-act. 175-77 ff.), dass der Versicherte in der letzten Zeit mehr Schwindel gehabt und ein "Herzstechen" und eine Belastungsdyspnoe entwickelt habe, sodass sich seine Leistungsfähigkeit weiter reduziert habe. Zwar habe er weiterhin von der sehr guten Wirksamkeit des Salazopyrin berichtet. Da die Wirkung jedoch noch nicht ausreichend sei, werde die Dosis gesteigert. Aufgrund der allgemeinen Zustandsverschlechterung habe er den Versicherten bis Ende Monat zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. RAD-Ärztin Dr. F. ___ notierte am 3. August 2022 (IV-act. 177), das poldisziplinäre Gutachten sei ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar, weshalb auf es abgestellt werden könne. Mit Vorbescheid vom 12. August 2022 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache einer befristeten ganzen Rente vom 1. Oktober 2020 bis 31. Mai 2021 an (IV-act. 181). Zur Begründung hielt sie fest, dass es dem Versicherten bis Ende Februar 2021 gesundheitlich nicht möglich gewesen sei, ein Erwerbseinkommen zu erzielen. Für diese Zeit betrage der IV-Grad 100 % und es bestehe ein Anspruch auf eine ganze Rente. Seit dem 1. März 2021 betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit 80 % und der IV-Grad 20 %. Die Anspruchsvoraussetzungen für eine IV-Rente seien somit nicht mehr erfüllt. Der Rentenanspruch ende drei Monate nach der ausgewiesenen Verbesserung, also per 31. Mai 2021. Dagegen liess der Versicherte am 21. September 2022 einwenden (IV-act. 188), dass er seit der Geburt an einem fortschreitenden Nerven- und Muskelschwund und seit der Schulzeit an starken Wortfindungsproblemen leide. Mit dem Arbeitspensum von 50 % sei er an der Grenze seiner Leistungsfähigkeit angelangt. Ausserdem leide er an einem CFS/ME und an rechtsseitigen ISG-Beschwerden. Gemäss Dr. D. ___ sei das rheumatologische Gutachten fachlich ungenügend. Zudem seien ein neurophysiologisches und ein neurologisches/neuropsychologisches Gutachten erforderlich. Dem Versicherten sei mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Dr. D. ___ hatte dem Hausarzt am 22. Juni 2022 berichtet (IV-act. 188-20 f.), dass der Versicherte bereits bei geringen Belastungen weiterhin Schmerzexazerbationen zeige, die einhergehend mit den Erschöpfungssymptomen eine Arbeitsfähigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt weitgehend ausschliessen. Auf Nachfrage der IV-Stelle hin reichte der Rechtsvertreter des Versicherten am 3. Oktober 2022 einen Bericht von Dr. D. ___ vom 29. September 2022 ein (IV-act. 191). Dr. D. ___ hatte darin festgehalten, dass die IV-Begutachtung sowohl hinsichtlich der Befunderhebung als auch hinsichtlich der Würdigung der Diagnosen unter Verzicht auf die Ausformulierung von funktionsorientierten Diagnosen nach ICF sehr unpräzise geblieben sei und damit der erheblich geminderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten in keiner Weise Rechnung trage. Der rheumatologische Untersuchungsbefund sei sehr überschaubar und damit unbrauchbar. Zumindest wäre die Dokumentation nach der Neutral-Null-Methode (aktiv/passiv) für die Wirbelsäule, aber auch für die oberen und

unteren Gliedmassen, erforderlich gewesen. Hieraus hätten sich die objektivierbaren Einschränkungen der Beweglichkeit und der Belastbarkeit ableiten lassen. Aufgrund der neurologischen Auffälligkeiten während der Untersuchung wäre ein zusätzliches neurophysiologisches Gutachten erforderlich gewesen. Die Systemische Belastungsintoleranz-Erkrankung (SEID) hätte neurologisch/neuropsychologisch abgeklärt werden müssen. Die Arbeitsfähigkeit sei einerseits wegen der erheblichen Funktionsminderungen und Belastbarkeitseinschränkungen beispielsweise des Achsenorgans und des Lendengürtels und andererseits wegen der Erschöpfungserkrankung reduziert. Der Versicherte habe die antientzündliche rheumatologische Basistherapie wegen seiner Atemnot reduzieren müssen. Die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit in einem Pensum von 50 % sei mittelfristig noch abzuwarten. RAD-Ärztin Dr. F.____ hielt am 24. Oktober 2022 fest (IV-act. 192), der rheumatologische Untersuchungsbefund erfülle die Anforderungen der Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung der schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie. Der Gutachter habe die auffälligen Zuckphänomene als inkohärent beurteilt. Die Symptomatik sei also nicht als unklarer neurologischer Befund interpretiert worden. Ein Anhaltspunkt für ein fokalneurologisches Defizit habe sich nicht ergeben. Eine neurologische Begutachtung dränge sich nicht auf. Die von Dr. D.____ gestellten rheumatologischen Diagnosen seien gewürdigt und diskutiert worden. Eine entzündlich-rheumatische Erkrankung sei lediglich als Verdachtsdiagnose erwähnt worden, da bisher weder serologisch noch radiologisch entzündliche Veränderungen hätten belegt werden können. Die von Dr. D.____ gestellte Diagnose einer reaktiven Arthritis nach einer Wurminfektion sei vom internistischen Gutachter ausführlich diskutiert und als äusserst unwahrscheinlich erachtet worden. Die Diagnose eines CFS/ME habe von den Gutachtern nicht bestätigt werden können. Gemäss dem internistischen Gutachter habe der Versicherte bei der Untersuchung nicht müde gewirkt, obwohl er bereits die rheumatologische Untersuchung absolviert gehabt habe. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter seien die Merkmale eines CFS nicht hinlänglich erfüllt. Insofern erübrige sich eine neuropsychologische Begutachtung. Am polydisziplinären Gutachten des SMAB sei weiterhin festzuhalten. Dr. D.____ berichtete dem Hausarzt am 15. Dezember 2022 (IV-act. 198), dass im Rahmen der etablierten antientzündlichen rheumatologischen Basistherapie auch keine hinreichende Stabilisierung auf niedrigem Funktionsniveau gelinge, sodass über die Eskalation der Therapie gesprochen worden sei. Mit Verfügung vom 21. Dezember 2022 sprach die IV-Stelle dem Versicherten wie angekündigt für die Zeit vom 1. Oktober 2020 bis 31. Mai 2021 eine befristete ganze Rente zu (IV-act. 200, 193). Bezüglich des Einwandes gab sie hauptsächlich Auszüge aus der Stellungnahme des RAD vom 24. Oktober 2022 wieder. Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 1. Februar 2023 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte insoweit die Abänderung der Verfügung, als dem Versicherten neben der befristeten ganzen Rente ab dem 1. Juni 2021 bei einem IV-Grad von mindestens 50 % eine mindestens halbe IV-Rente zuzusprechen sei. Eventualiter seien ein neurophysiologisches und neurologisch/neurophysiologisches sowie ein orthopädisches Gutachten einzuholen. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter geltend, der Gutachter habe eingeräumt, dass die von Dr. D.____ diagnostizierte entzündliche Krankheit nicht ausgeschlossen sei. Zudem habe er festgehalten, dass eine unklare Ursache der rechtsbetonten Beckenschmerzen verbleibe. Auf das rheumatologische Teilgutachten könne deshalb nicht abgestellt werden. Um den Sachverhalt einwandfrei medizinisch aufzuarbeiten, müsse ein neurologisches/neurophysiologisches Teilgutachten eingeholt

werden. Der rheumatologische Gutachter habe in seinen Untersuchungsbefunden nämlich von einigen schwierig beschreibbaren Zuckphänomenen berichtet. Die Gutachter hätten selber darauf hingewiesen, dass es sich beim CFS nicht um eine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne handle. Sie hätten zudem nicht gewürdigt, dass der Beschwerdeführer seit 17 Jahren an Rückenschmerzen leide, die sich nie gebessert hätten. Sollte nicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D.____ abgestellt werden, welcher dem Beschwerdeführer eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert habe, müsse zudem eine orthopädische Begutachtung erfolgen. Eine mindestens 50 %ige Invalidität sei zweifelsohne ausgewiesen. Der Produktionsleiter der J.____ AG hatte in einem Schreiben vom 30. Januar 2023 (act. G 1.1.2) festgehalten, dass der Zustand des Versicherten zusehends schlechter werde. An den meisten Tagen arbeite er unter Schmerzen. Dr. D.____ hatte dem Versicherten am 4. März 2022 für die Zeit vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert (act. G 1.1.3). Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 8. März 2023 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung hielt sie fest, das Gutachten sei von qualifizierten Fachärzten erstellt worden. Es erfülle die Anforderungen der Rechtsprechung an ein strukturiertes, indikatorengeleitetes Beweisverfahren und liege auch nicht lange zurück. Dr. D.____ habe keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seiner Replik vom 10. Mai 2023 ergänzend geltend (act. G 8), dass die vom Rheumatologen festgestellte Diagnose der SEID von der Klinik K.____ bestätigt worden sei. Damit sei ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % ausgewiesen. Dr. D.____ hatte dem Hausarzt am 23. März 2023 berichtet (act. G 8.3), dass der Beschwerdeführer von einer ordentlichen Verträglichkeit der Behandlung mit Taltz berichtet habe. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Internist die neurologischen Ausfallerscheinungen und der Psychiater das neurologische Krankheitsbild der SEID beurteilt habe. Die Klinik K.____ hatte im Sprechstundenbericht vom 30. März 2023 festgehalten (act. G 8.4), dass sie die Diagnose einer SEID bestätigen könne. Der Beschwerdeführer erfülle alle anamnestischen und klinischen Voraussetzungen. Die Belastungstoleranz (gemeint wohl: Belastungsintoleranz) sei enorm, es bestehe eine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Fokale Defizite imponierten nicht. Elektrophysiologisch imponierten Hinweise für eine autonome Dysbalance, die möglicherweise einen der Entstehungsmechanismen für die SEID in diesem Kontext darstellen könne. Ein orientierendes Labor habe keine wegweisenden Befunde gezeigt. Die Beschwerdegegnerin brachte in ihrer Duplik vom 17. Mai 2023 vor (act. G 10), dass die mit der Replik eingereichten Berichte den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Erlass der angefochtenen Verfügung betreffen. Am 19. Juni 2023 teilte das Gericht dem Beschwerdeführer mit (act. G 12), es erscheine nach einer ersten Durchsicht der Akten als möglich, dass der Beschwerdeführer lediglich bis Ende März 2021 Anspruch auf eine ganze Rente und im April und Mai 2021 lediglich Anspruch auf eine Teilrente habe. Der Entscheid des Gerichts könnte somit zu einer Verschlechterung für den Beschwerdeführer führen. Das Gericht räumte dem Beschwerdeführer deshalb die Gelegenheit ein, die Beschwerde zurückzuziehen. Der Beschwerdeführer verzichtete darauf (act. G 13). Dr. D.____ hatte dem Hausarzt am 26. Juni 2023 berichtet (act. G 13.1), dass der Beschwerdeführer von einer deutlich spürbaren Wirksamkeit von Taltz berichtet habe. Er habe den Aktionsradius ausdehnen und die Schmerzgrenze verschieben können. Am Ende der Mehrbelastung habe er allerdings die gleichen Beschwerden gehabt wie ohne Therapie.

Das Weglassen des Salazopyrin sei mit einer deutlichen Beschwerdeverstärkung einhergegangen. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme hierzu (act. G 15). Erwägungen Zunächst ist zu prüfen, ob die Beschwerde rechtzeitig erhoben worden ist. Gemäss Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) ist die Beschwerde innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung der Verfügung einzureichen. Die angefochtene Verfügung datiert vom 21. Dezember 2022. Gesetzliche oder behördliche Fristen, die nach Tagen oder Monaten bestimmt sind, stehen vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar still (Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG). Die Frist hat also erst am 3. Januar 2023 zu laufen begonnen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat am 1. Februar 2023 und damit am letzten Tag der Frist Beschwerde erhoben. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat sich in seinem Rechtsbegehren mit der Zusprache einer befristeten ganzen Rente vom 1. Oktober 2020 bis 31. Mai 2021 einverstanden erklärt. Nicht einverstanden ist er mit der Aufhebung der Rente per 31. Mai 2021 gewesen. Er hat verlangt, dass dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juni 2021 weiterhin eine Rente, und zwar mindestens eine halbe, zugesprochen wird. Der Rechtsvertreter hat mit seinem Rechtsbegehren wohl geltend machen wollen, dass die Verfügung vom 21. Dezember 2022, soweit sie für die Periode vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Mai 2021 eine ganze Rente zugesprochen hat, unangefochten in Rechtskraft erwachsen ist. Könnte eine Verfügung teilweise in Rechtskraft erwachsen, würde dies die Gefahr widersprüchlicher Entscheide in derselben Sache bergen. Deshalb kann eine Verfügung stets nur als Ganzes angefochten werden. Demzufolge ist vom Gericht auch die Zusprache einer ganzen Rente vom 1. Oktober 2020 bis 31. Mai 2021 auf ihre Rechtmässigkeit hin zu überprüfen. Der Beschwerdeführer hat sich erstmals im November 2004 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Dieses Gesuch hat er später vorbehaltlos zurückgezogen. Da das damalige Verfahren nicht mit einer Abweisung des Rentengesuchs abgeschlossen worden ist, ist das vorliegend zu beurteilende Gesuch vom Januar 2020 nicht als Neu- bzw. Wiederanmeldung (vgl. Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201), sondern als erstmaliges Leistungsgesuch zu qualifizieren, auf welches voraussetzungslos einzutreten ist. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung vom 21. Dezember 2022, mit welcher die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine befristete ganze IV-Rente für die Zeit vom 1. Oktober 2020 bis 31. Mai 2021 zugesprochen hat. Einen Anspruch auf eine unbefristete Rente hat sie hingegen verneint. Der Beschwerdeführer hat geltend gemacht, er sei ab März 2021 weiterhin zu mindestens 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad

grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Ob eine versicherte Person Anspruch auf eine Invalidenrente hat, hängt von ihrer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit ab. Der rheumatologische Gutachter hat als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lediglich eine Osteochondrose der distalen Lendenwirbelsäule angegeben. Mit Bezug auf die "Entzündungsfrage" hat er ausgeführt, dass noch eine weitgehende diagnostische Unklarheit bestehe. Zwar hätten sich im aktuellen Labor als mögliche Indizien für eine entzündliche rheumatische Erkrankung marginal erhöhte Entzündungsparameter gezeigt. Bisher hätten jedoch weder serologisch noch in radiologischen Abklärungen mittels Skelettszintigraphie und SPECT/CT entsprechende Vorgänge eindeutig belegt werden können. Der rheumatologische Gutachter hat daher die von Dr. D.____ diagnostizierte axiale und periphere Spondyloarthritis lediglich – aber immerhin – als Verdachtsdiagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Der rheumatologische Gutachter hat sich nicht dazu geäußert, welche andere Ursache als eine entzündliche rheumatische Erkrankung die festgestellten marginal erhöhten Entzündungsparameter haben könnten. Zudem hat der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Blutentnahme für die Laboruntersuchung das Medikament Salazopyrin eingenommen. Damit stellt sich die Frage, ob dieses entzündungshemmende Medikament einen Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse gehabt haben könnte. Auch mit dieser Frage hat sich der rheumatologische Gutachter nicht befasst. Und während der rheumatologische Gutachter erklärt hat, dass Fälle reaktiver Arthritis bei einer Toxocariasis in der Literatur beschrieben seien, hat sich der internistische Gutachter auf den Standpunkt gestellt, dass eine Toxocariasis als Auslöser einer rheumatischen Erkrankung äusserst unwahrscheinlich sei. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die gutachterlich-rheumatologische Arbeitsfähigkeitsschätzung den notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erreicht. Entgegen der Meinung des Beschwerdeführers überzeugt jedoch auch die Beurteilung des behandelnden Rheumatologen Dr. D.____ nicht. Aufgrund des Therapieauftrages besteht eine objektive Anscheinsbefangenheit: Wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung pflegen behandelnde Ärzte nämlich erfahrungsgemäss im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen (vgl. etwa das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2). Dr. D.____ hat bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nur die rheumatologischen Diagnosen, sondern auch psychosomatische, psychosoziale und schmerzmedizinische Aspekte berücksichtigt (siehe E-Mail vom 24. August 2021). In seinen Berichten vom 29. September 2022, 23. September 2023 und 26. Juni 2023 hat er sich zudem nicht nur in fachlich-neutraler Weise mit dem Gutachten auseinandergesetzt, sondern regelrecht Partei für den Beschwerdeführer ergriffen. Dr. D.____ muss deshalb als effektiv befangen qualifiziert und seinen Berichten, was die Arbeitsfähigkeitsschätzungen betrifft, der Beweiswert abgesprochen werden. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in rheumatologischer Hinsicht aufgrund der weitgehenden diagnostischen Unklarheit ein weiterer Abklärungsbedarf hinsichtlich des Vorliegens einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung besteht. Der rheumatologische Gutachter hat in den Untersuchungsbefunden höchst auffallende Zuckphänomene beschrieben. Zwar hat er angemerkt, dass diese in

völlig verschiedenen mechanischen Situationen vorgekommen seien. Ein Erklärungsversuch oder eine Einordnung der Zuckphänomene, welche gemäss der Angabe des Beschwerdeführers häufig vorkommen, ist dem Gutachten jedoch nicht zu entnehmen. Dr. D. ___ hat die Muskelzuckungen in seinen Diagnoselisten als Symptom der SEID erwähnt ("Faszikulationen und Krämpfe", siehe z.B. Bericht vom 16. Mai 2022). Tatsächlich werden Muskelzuckungen (welche der Beschwerdeführer nicht nur in drei verschiedenen Untersuchungssituationen, sondern auch bei der Untersuchung der Wirbelsäule und des Rumpfes gezeigt hat) von der Deutschen Gesellschaft für MC/CFS E.V. als Symptom von ME/CFS aufgezählt (www.mecfs.de/was-ist-me-cfs/, besucht am 24. Oktober 2023). Der psychiatrische Gutachter hat in seinem Teilgutachten festgehalten, dass die Merkmale eines CFS aus psychiatrischer Sicht nicht erfüllt seien, denn der Beschwerdeführer habe sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration keineswegs nachhaltig müde oder rasch erschöpfbar gezeigt. Der psychiatrische Gutachter hat allerdings auch darauf hingewiesen, dass es sich beim CFS nicht um eine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne handle. Tatsächlich wird die ME/CFS von der WHO als neurologische Erkrankung eingestuft (ICD-10: G 93.3; Deutsche Gesellschaft für ME/CFS E.V., www.mecfs.de/was-ist-me-cfs/, besucht am 24. Oktober 2023; ICD-11: 8E49). Der Beschwerdeführer ist am 8. Februar 2023 in der Neurologie der Klinik K. ___ untersucht worden (Bericht vom 30. März 2023). Diese ist zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer die anamnestischen und klinischen Voraussetzungen für die Diagnose einer SEID erfülle. Die Belastungsintoleranz sei enorm und es bestehe eine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zwar ist die Untersuchung durch die Klinik K. ___ erst nach Verfügungserlass erfolgt. Trotzdem liefert sie einen Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Verfügungserlass an einer ME/CFS bzw. SEID gelitten haben könnte. Der Sprechstundenbericht vom 30. März 2023 muss deshalb im vorliegenden Verfahren Berücksichtigung finden, soweit er etwas über den medizinischen Sachverhalt bis zum Verfügungserlass aussagt. Nachdem die Klinik K. ___ die Diagnose einer SEID bestätigt hat, sind weitere medizinische Abklärungen unerlässlich. Die Beschwerdegegnerin wird die Fachdisziplinen (z.B. Neurologie/Neuropsychologie) für die (allenfalls auch stationäre) Abklärung der ME/CFS bzw. der SEID und der Zuckphänomene in Zusammenarbeit mit dem RAD selber festlegen. Abschliessend bleibt anzumerken, dass Dr. D. ___ im Bericht vom 22. Juni 2022 festgehalten hat, dass er mit dem Beschwerdeführer bezüglich des Erschöpfungssyndroms noch über die Komorbidität des Schlafapnoesyndroms gesprochen habe. Sie hätten eine diesbezügliche Abklärung jedoch zurückgestellt. Damit dürfte auch die Abklärung eines Schlafapnoesyndroms, welches bekanntermassen zu einer erheblichen Tagesmüdigkeit führen kann, indiziert sein. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bezüglich des allfälligen Vorliegens einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung sowie betreffend die Zuckphänomene und die (Verdachts-)Diagnose einer ME/CFS bzw. einer SEID ergänzende medizinische Abklärungen notwendig sind. Diese sind von der Beschwerdegegnerin durchzuführen, da bisher keine fachmedizinische gutachterliche Abklärung der Zuckphänomene und der ME/CFS bzw. der SEID erfolgt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2014, 8C_633/2014 E. 3.2; BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Oktober 2020 bis 31. Mai 2021 eine ganze Rente zugesprochen. Gemäss einem gemeinsamen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Mai 2019 im Sinne von Art. 54 des Gerichtsgesetzes (GerG, sGS 941.1) haben Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch

durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und die nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40 % arbeitsunfähig sind, grundsätzlich Anspruch auf eine Rente, obwohl zumutbare Eingliederungsmassnahmen, welche ihre Arbeitsfähigkeit wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, nicht abgeschlossen sind. Die Beschwerdegegnerin hat sich bei der befristeten Rentenzusprache auf das Gutachten vom 19. Juli 2022 gestützt. Die Gutachter haben darin festgehalten, dass ab der Operation vom 13. Dezember 2019 bis Februar 2021, d.h. bis zum Behandlungsabschluss durch den Neurochirurgen nach der Arthrodese der ISG vom 1. Mai 2020, von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten auszugehen sei. Die gutachterlichen Untersuchungen haben im Juni 2022 stattgefunden. Die retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter stützt sich also nicht auf das Ergebnis der gutachterlichen Untersuchung, sondern auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Behandler. Den Berichten des behandelnden Neurochirurgen Dr. C. ___ ist allerdings keine Begründung dafür zu entnehmen, dass die Spondylodese L4-S1 vom 13. Dezember 2019 und die ISG-Arthrodese bds. vom 1. Mai 2020 zu einer fünfzehnmonatigen ununterbrochenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt haben sollen. Dass diese Arbeitsfähigkeitsschätzung falsch ist, zeigt allein schon die Tatsache, dass der Beschwerdeführer ab dem 7. Dezember 2020 in einem Pensum von 20 %, ab dem 21. Dezember 2020 in seiner in einem Pensum von 40 % und ab dem 4. Januar 2021 in einem Pensum von 50 % in seiner bisherigen Tätigkeit als Schweisser gearbeitet hat und damit spätestens ab Januar 2021 nicht mehr vollständig arbeitsunfähig gewesen sein kann. Auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Zeit vor der Begutachtung sind somit weitere Abklärungen notwendig. Demnach ist die angefochtene Verfügung wegen der Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 ATSG vollumfänglich aufzuheben und die Sache ist zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne des oben Ausgeführten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu betrachten ist. 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 HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine durchschnittliche pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete

Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr.
4'000.-- zu bezahlen.

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