

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/68 vom 13. März 2024**

Sg Versicherungsgericht, 2024-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2023\\_68](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_68)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/68 du 13 mars 2024

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/68 del 13 marzo 2024

## **Regeste**

Art. 43 ATSG: Verletzung der Untersuchungspflicht. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin im Sinne der Erwägungen zur Einholung eines Verlaufsgutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kanton St. Gallen vom 13. März 2024, IV 2023/68).

## **Volltext**

Entscheid vom 13. März 2024 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiberin Vera Kolb  
Geschäftsnr. IV 2023/68 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Debora Bilgeri, 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.\_\_\_\_ meldete sich im Dezember 2009 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Er hatte sich am 23. Juni 2009 bei einem Fahrradunfall eine distale offene Unterschenkel-Fraktur links zugezogen (IV-act. 7). Am 19. Januar 2010 berichteten Fachpersonen der Rehaklinik Z.\_\_\_\_, der Versicherte sei vom 21. Juli 2009 bis zum 19. Januar 2010 hospitalisiert gewesen. Am 12. Januar 2012 sprach die IV-Stelle dem Versicherten vom 1. Juni 2010 bis 31. März 2011 eine befristete ganze Invalidenrente zu (IV-act. 51), da der Versicherte ab dem 1. April 2011 wieder seiner bisherigen Tätigkeit nachging (IV-act. 49). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Im November 2012 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 57). Am 7. Februar 2014 wurde ein polydisziplinäres (psychiatrisches, neurologisches, internistisches und orthopädisches/traumatologisches) Gutachten durch das Y.\_\_\_\_ ausgefertigt (IV-act. 72). Die Sachverständigen gaben an, der Versicherte leide mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an einer Coxarthrose links Grad II nach Kellgren mit/bei Beinverkürzung des linken Femurs um 2cm nach stattgehabter Femurfraktur und bestehendem CCD-Winkel von 126° und einer posttraumatischen Arthrose des linken oberen Sprunggelenkes (OSG) mit/bei Rotationsfehlstellung des distalen Tibiofibular-Gelenkes und deutlich höhengemindertem tibiofibularem Gelenkspalt und Bewegungseinschränkung im Bereich des linken oberen Sprunggelenks mit aufgehobener Dorsalextension. Einer Defektzone im Bereich der distalen Tibia mit kutaner und subkutaner Narbenplatte, einer medial betonten Gonarthrose beidseits bei varischer Achsabweichung beidseits, einem komplexen linksseitigen Gangbild resultierend in einer Kombination aus Duchenne-Hinken sowie schmerzbedingtem Schonhinken ohne neurologisches Korrelat, einer Hypästhesie im Bereich des linken Fusses (sensibles Defizit bei Status nach Unfallereignis 23.09.2009), einem Status nach einer Schussverletzung des Nervus ischiadicus rechts (aktuell keine klinische Symptomatik) und einem Status nach

Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion (nach dem Unfallereignis 2009) sprachen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die Sachverständigen führten aus, eine stehend und gehend ausgeübte Tätigkeit mit repetitivem Heben und Tragen von leichten bis mittelschweren Lasten, worunter auch die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Grossmetzgerei falle, sei wegen der eingeschränkten Belastbarkeit der linken unteren Extremität seit dem Unfallereignis vom 23. Juni 2009 nicht mehr möglich. Auch seien Tätigkeiten mit längeren Gehstrecken sowie mit repetitivem Begehen von Treppen und Leitern oder Arbeiten auf unebenem Gelände nicht mehr möglich (30% der Arbeitsunfähigkeit seien durch die Coxarthrose und 70% durch die unfallbedingte OSG Arthrose bedingt). Als Verweistätigkeit sei dem Versicherten eine wechselbelastende leichte, überwiegend sitzende körperliche Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 bis 10kg, ohne längere Gehstrecken, ohne Arbeiten auf unebenem Gelände, ohne repetitives Begehen von Leitern und Treppen und ohne kauernde, das linke OSG beanspruchende Zwangshaltungen ab April 2011 zu 100% möglich. Mit einer Verfügung vom 19. Mai 2014 trat die IV-Stelle mit der Begründung, der Versicherte habe die behauptete Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung nicht glaubhaft dargelegt (IV-act. 76), nicht auf das Leistungsbegehren vom November 2012 ein. Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Im November 2016 reichte der Versicherte erneut eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen ein (IV-act. 83). Am 28. Juli 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 119), dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine umfassende medizinische (internistische, orthopädische, neurologische und psychiatrische) Untersuchung als notwendig erachte. Am 29. November 2017 erstellte die X.\_\_\_\_ ihr polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 127). Die Sachverständigen gaben darin an, beim Versicherten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben zu haben: Eingeschränkte Belastbarkeit beim Gehen und Stehen Bein links bei posttraumatischer oberer Sprunggelenksarthrose mit Anschlussarthrose der Fusswurzelgelenke nach distaler offener Unterschenkel-Fraktur links (Gustillo 3b), Velounfall (23.06.2009) mit Erstversorgung mittels Carbon-Fixateur externe Wunddébridement und Sehnennaht M. extensor dig. Longus anschliessend second lock mit Jet-Lavage und Coldex-Wechsel (26.06.2009, Coldex-Wechsel und Primärverschluss sowie Wund-Débridement (03.07.2009), partieller primärer Wundverschluss Débridement Coldex-Wechsel (06.07.2009), primärer Wundverschluss (13.07.2009), Fixateur ext. Entfernung (18.08.2009), Plattenosteosynthese Tibia links (31.08.2009), Coxarthrose links mit Beinverkürzung bei Status nach Femurfraktur, chronische Schmerzen Becken-Bein rechts bei Status nach Schussverletzung Becken rechts mit N. ischiadikusläsion. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierten die Sachverständigen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode, eine kombinierte periphere und zentrale Wahrnehmungsstörung mit Hypästhesie und Hyperalgesie sowie teils neuropathisch anmutende Schmerzen des linken Unterschenkels, kein Hinweis für radikuläre Schädigung oder Schädigung eines grossen peripheren Nervs, elektroneurographisch und -myographisch nur wenige Hinweise für eine periphere Nervenschädigung, in der quantitativen sensorischen Testung Hinweise sowohl für eine zentrale als auch für eine periphere Wahrnehmungsstörung, als Hinweis für eine gestörte zentrale Schmerzwahrnehmung, aktenanamnestisch Status nach Ischiadikusläsion rechts nach Schussverletzung, erloschener ASR rechts, ansonsten hierfür keine klinisch-neurologischen Korrelate, Hashimoto Thyreoiditis mit hypothyreoter

Stoffwechsellage unter Euthyrox 0,2mg, pollenallergisch induziertes Asthma bronchiale und allergische Rhinitis und unklares hämatologisches Leiden mit Thrombozytopenie. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter in einer Wäscherei bzw. als Verpacker sei der Versicherte frühestens ab dem Unfallzeitpunkt (23.06.2009) und spätestens ab den dokumentierten stationären Fusschmerzen vom 23.05.2014 zu 50% arbeitsunfähig, begründet durch die eingeschränkte Belastbarkeit beim Gehen und Stehen sowie die Schmerzchronifizierung bei/mit posttraumatischer oberer Sprunggelenksarthrose mit Anschlussarthrose der Fusswurzelgelenke nach 3-gradig offener Unterschenkel-Fraktur distal links infolge des Velounfalls (23.06.2009) und der Coxarthrose links. Unzumutbar seien schwere und mittelschwere Tätigkeiten mit überwiegend Gehen und Stehen, das Heben und Tragen von Lasten über 10kg Gewicht, einseitige Zwangshaltungen, gebückte, kauernde Positionen sowie das Klettern und das Besteigen von Leitern und Gerüsten. In adaptierten Tätigkeiten (leichte wechselbelastende überwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 10kg, ohne einseitige Zwangshaltungen, gebückte und kauernde Positionen, ohne Klettern, ohne Besteigen und Leitern und Gerüsten) bestehe seit dem 22. Juli 2014 bei einem Vollpensum eine 30%ige Reduktion in der Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzchronifizierung, der eingeschränkten Funktion des oberen Sprunggelenks mit pathomorphologischen Veränderungen sowie der eingeschränkten Belastbarkeit beim Gehen und Stehen. Zudem sei ein vermehrter Pausenbedarf notwendig. Seit dem Referenzzeitpunkt (MEDAS-Gutachten vom Februar 2014) habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert. Begründet werde dies durch die eingeschränkte Belastbarkeit beim Gehen und Stehen, durch die Schmerzchronifizierung und das klinische Korrelat der Fehl- und Überbelastung, die mit Sehnenreizungen verbunden sei, auch aufgrund der Fehlstellung bei Rückfussvarus und Fussfehlstatik. Die RAD-Ärztin Dr. med. B. \_\_\_ notierte am 2. Dezember 2017 (IV-act. 129), auf das medexperts-Gutachten könnte abgestellt werden. Im Austrittsbericht des Kantospitals St.Gallen (KSSG), Departement W. \_\_\_, Klinik V. \_\_\_, vom 3. August 2018 wurden die folgenden Diagnosen angegeben (IV-act. 155): Immunthrombopenie (ED 24.05.2018), hyporegenerative, normochrome, normozytäre Anämie, Verdacht auf durchgemachte Hepatitis B und A (ED 29.05.2018), substituierte Hypothyreose, unklare Leberwerterhöhung (ED 28.05.2018), Nasennebenhöhlenentzündung (05/2018), chronifiziertes Schmerzsyndrom: Lokalisation OSG/Fuss links, Hypokaliämie (ED 28.05.2018), Nebendiagnosen (sockeförmige Hypästhesie linker Fuss unklarer Ätiologie, Asthma bronchiale, Rhinitis allergica) und aktivierte Gerinnung (ED 06/2018). Am 23. September 2019 wurde ergänzend angegeben, beim Versicherten seien eine unklare Bizytopenie, wahrscheinlich im Sinne eines T. \_\_\_-Syndroms festgestellt worden (IV-act. 201). Im Übrigen sei die Hepatitis B-Serologie wahrscheinlich falsch-positiv ausgefallen; die weiteren Diagnosen seien im Wesentlichen unverändert geblieben. Am 19. November 2019 notierten die Fachpersonen des KSSG (IV-act. 211), die Ursache für das T. \_\_\_-Syndroms (Bizytopenie mit Nachweis einer Immunthrombopenie bzw. Autoimmunhämolyse) sei weiterhin unklar, insbesondere seien keine Anhaltspunkte für eine zugrundeliegende lymphoproliferative Grunderkrankung zu finden. Am 19. Juni 2020 notierte ein Oberarzt des KSSG (IV-act. 217), in einer aktiven Phase des T. \_\_\_-Syndroms sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt, wenngleich bei solchen Immunopathien nicht selten eine gewisse Fatigue-Symptomatik möglich sei, was sich in den Akut-Phasen durch Anämie, Dyspnoe oder Leistungsminderung äussere. Am 8. Dezember 2020 berichteten die Fachpersonen des KSSG, sie hätten ein weiteres Rezidiv des T. \_\_\_-Syndroms festgestellt

(IV-act. 231). Am 17. Dezember 2020 notierte die RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ (IV-act. 232), dass ein instabiler Gesundheitszustand vorliege, da die Behandlung des rezidierten T.\_\_\_\_-Syndrom noch nicht abgeschlossen sei und weitere Abklärungen liefen. Bereits ab dem 17. Februar 2020 hatte der Versicherte an einem vom Amt für Wirtschaft und Arbeit organisierten Einsatzprogramm inkl. Bildungsteil bei C.\_\_\_\_ in einem Pensum von 50% teilgenommen (IV-act. 214). Am 7. Juli 2020 hatten die Zuständigen der C.\_\_\_\_ in einem Mail angegeben (IV-act. 219), die Chancen des Versicherten im 1. Arbeitsmarkt seien aufgrund seiner körperlichen Beschwerden gering. Mit einer Mitteilung vom 23. Dezember 2020 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 237). Am 6. Januar 2021 gab eine Fachperson der Klinik für U.\_\_\_\_ des KSSG an, beim Versicherten seien eine Anpassungsstörung und eine anamnestic rezidivierende depressive Störung erhoben worden (IV-act. 253). Nach einer COVID-Infektion (10/2020) habe der Versicherte über Dyspnoe und Reizhusten geklagt (Untersuchungsbericht des KSSG, Pneumologie und Schlafmedizin vom 26. Januar 2021; IV-act. 251). In der Folge wurde am 28. Januar 2021 eine Bronchoskopie durchgeführt, deren Befund aber unauffällig, insbesondere ohne Blutungsstigmata, ausfiel (Untersuchungsbericht des KSSG, Pneumologie und Schlafmedizin vom 2. Februar 2021; IV-act. 252). Infolge der stabilen Hämoglobin- und Thrombozytenwerten waren keine weiteren Abklärungen geplant. Am 24. Juni 2021 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_ von der V.\_\_\_\_ des KSSG (IV-act. 269), das T.\_\_\_\_-Syndrom des Versicherten sei phasenweise mehr oder weniger aktiv, wobei während den aktiven Krankheitsphasen häufig eine relativ akute, zum Teil auch mehrwöchige, allenfalls sogar mehrmonatige, Arbeitsunfähigkeit bestehe (insbesondere angesichts potentieller Blutungskomplikationen bei relevanter Thrombopenie bzw. Hämolyse), wohingegen während den inaktiven Phasen der Erkrankung aus rein hämatologischer Sicht nur wenige Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bestünden. Damit einher gehen könne zum Teil aber auch eine invalidisierende chronische Fatigue, welche beim Versicherten vorliege. Insgesamt sehe er den Versicherten in der chronischen, wenig aktiven Krankheitsphase zu 20-30% arbeitsunfähig, was aber in den aktiven Krankheitsphasen massiv verstärkt werde (bis 100%). Am 14. Juli 2021 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine umfassende medizinische Untersuchung als notwendig erachte (IV-act. 271). Am 4. Februar 2022 erstattete die SMAB AG Bern, Schweizerisches Zentrum für medizinische Abklärungen und Beratungen (nachfolgend: SMAB) ihr polydisziplinäres (internistisches, medizinisch onkologisches, orthopädisches, neurologisches und psychiatrisches) Gutachten (IV-act. 293). Die Sachverständigen gaben an, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) leide der Versicherte an einer posttraumatischen Sprunggelenksarthrose mit Verdacht auf Sinus-Tarsi-Syndrom links und Talusödem nach drittgradig offener Unterschenkelfraktur links nach Fahrradunfall in 2009, an einer Beinverkürzung links mit Coxarthrose links nach Schussbruch linker Femur, an einem chronischen Fatigue-Syndrom bei T.\_\_\_\_-Syndrom (ED 05/2018 mit erstmaliger Diagnostik einer Thrombopenie 02/2017, mehrfache Rezidive) und an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10: F 45.41. Dem Senk- und Spreizfuss beidseits mit Hammerzehe D2 und D4 rechts, den persistierenden Schmerzen zum Teil wahrscheinlich neuropathisch bedingt im Bereich der linken unteren Extremität, nach komplexer Verletzung der linken unteren Extremität 2009, der Schmerzausweitung bis in die linke obere Extremität und in den Thoraxbereich, zum Teil auch ins Gesicht, ohne Anhaltspunkte für eine Hemisymptomatik und ohne Anhalt für eine radikuläre Symptomatik, einem

aktenanamnestischen Status nach Ischiadicus-Läsion rechts nach Schussverletzung (ASR rechts nicht auslösbar, keine Paresen), einem Status nach Covid-19 Infektion 10/2020, einem Asthma bronchiale und Rhinitis allergica, einer substituierten Hypothyreose, einem Status nach Analfissur 2017, Fissurektomie 02/2017, einem Vitamin D-Mangel und einer Anpassungsstörung nach ICD-10: F43.20 massen sie keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die Sachverständigen gaben an, dem Versicherten könne unter Berücksichtigung der Traumafolgen eine verminderte Belastbarkeit der linken unteren Extremität attestiert werden. Es bestünden jedoch Ressourcen zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Mittelschwere körperliche Tätigkeiten ohne Zwangshaltung, Arbeiten ohne erhöhte Unfallgefahr (häufiges Besteigen von Treppen, Leitern oder Gerüsten), vorwiegend in sitzender Körperhaltung mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel und gelegentlichem Gehen oder Stehen seien dem Versicherten mit Einschränkungen möglich. Im Hinblick auf das Asthma bronchiale und der dadurch bedingten pulmonalen Einschränkung müsse der Arbeitsplatz frei sein von inhalativen Allergenen und chemischen oder physikalischen Noxen. Körperlich schwere und schwerste Tätigkeiten seien nicht geeignet. Im Rahmen eines möglichen Infekt-Triggers des T. \_\_\_-Syndrom sei auf Tätigkeiten mit hoher Infektgefährdung sowie auf Tätigkeiten mit einer erhöhten Verletzungsgefahr bei möglicher verstärkter Blutungsneigung zu verzichten. Die Sachverständigen gaben weiter an, die Beschwerden des Versicherten seien konsistent und plausibel vorgebracht worden. Die erhobenen orthopädischen Befunde deckten sich mit den im Rahmen der Begutachtung genannten Beschwerden. Zwischen der Alltagsaktivität und der angegebenen "Nichtmöglichkeit" der Verrichtung einer Tätigkeit bestehe eine Diskrepanz. Insbesondere in leidensadaptierten Tätigkeiten bestünden nämlich deutliche Ressourcen. Nicht nachvollziehbar sei die angegebene Schmerzausbreitung bis in den Thoraxbereich und in die linke obere Extremität, teilweise bis ins Gesicht. In der bisherigen Tätigkeit sei der Versicherte seit dem Auftreten einer posttraumatischen Arthrose an der linken unteren Extremität, erstmals dokumentiert im Gutachten vom 7. Februar 2014, voll arbeitsunfähig. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (8.5 Stunden pro Tag, Leistungsminderung 20%). Aus onkologischer Sicht habe seit 05/2018 (möglicherweise frühestens bereits seit 02/2017) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bestanden. Über kurze Zeiträume von jeweils wenigen Tagen bis Wochen (u.a. 05/2018, 07-08.2018, 09.2019, 10/2020, 12/2020, 01/2021) habe jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, eine detaillierte Auflistung sei retrospektiv jedoch nicht möglich. Die Gesamtarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit resultiere aufgrund der Einschätzungen im onkologischen Gebiet. Die Gesamtarbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ergebe sich aufgrund der Einschränkungen nach dem erlittenen Trauma im Jahr 2009 auf orthopädischem Fachgebiet. Aus gesamtgutachterlicher Sicht habe sich die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit seit dem medexperts-Gutachten vom 11/2017 nicht verändert, sodass weiterhin unter Berücksichtigung der onkologischen und psychiatrischen Erkrankungen eine 30%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe. Spätestens nach den angegebenen kurzfristigen Arbeitsunfähigkeitszeiträumen, in welchen der Versicherte voll arbeitsunfähig gewesen sei, habe weiterhin bis laufend eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Der orthopädische Sachverständige führte in seinem Teilgutachten aus (IV-act. 293-60 f.), in der bisherigen Tätigkeit bestehe seit dem 02/2014 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Eine adaptierte Tätigkeit sei hingegen seit dem 01/2010 zu 100% zumutbar. Aus orthopädischer Sicht habe sich die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit seit dem medexperts-Gutachten (11/2017) nicht verändert. Aus

orthopädischer Sicht sei weiterhin eine sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit der Positionswechsel und gelegentlichem Gehen und Stehen in einem 100%igen Umfang möglich. Der onkologische Sachverständige hielt in seinem Teilgutachten fest (IV-act. 293-98 f.), die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten zu 80% möglich (8.5 Stunden Anwesenheit mit 20%iger Leistungseinschränkung), eine adaptierte Tätigkeit sei dem Versicherten (in einer wenig aktiven Krankheitsphase des T.\_\_\_\_-Syndroms) zu 80% möglich (8.5 Stunden Anwesenheit mit 20%iger Leistungseinschränkung). Bei einer aktiven Krankheitsphase/Rezidiven sei allerdings zeitweilig mit einer deutlich verstärkten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (bis 100%) zu rechnen. Am 22. Februar 2022 notierte die RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ (IV-act. 295), das SMAB-Gutachten weise noch Unklarheiten auf, weshalb die SMAB-Sachverständigen in einer Stellungnahme die abweichende Arbeitsfähigkeit "adaptiert" im Vergleich zum medexperts-Gutachten bei gleichgebliebenem Gesundheitszustand zur Arbeitsfähigkeit "adaptiert" aus polydisziplinärer Sicht, die Arbeitsfähigkeit "adaptiert" aus orthopädischer Sicht und die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit "adaptiert" zu erläutern hätten. In einer Stellungnahme vom 5. April 2022 führten die SMAB-Sachverständigen aus (IV-act. 305), im Gutachten sei leider ein bedauerlicher Übertragungsfehler aufgetreten. Im Vergleich zur Begutachtung der medexperts vom 11/2017 habe sich keine wesentliche Änderung der Diagnosen im orthopädischen Fachgebiet ergeben. Unverändert zur Begutachtung von 2017 bestehe eine verminderte Belastbarkeit der unteren Extremitäten mit vermehrtem Pausenbedarf. Es resultiere eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung resultiere unter Berücksichtigung der Einschränkungen im orthopädischen Fachgebiet und der Einschätzungen im onkologischen Fachgebiet. Die Gesamtarbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ergebe sich aufgrund der Einschränkungen nach dem erlittenen Trauma in 2009 auf orthopädischem Fachgebiet. Die Arbeitsfähigkeit sei in der bisherigen Tätigkeit seit diesem Zeitpunkt aufgehoben. Die Gesamtarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit resultiere integrativ aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit der unteren Extremitäten und des erhöhten Pausenbedarfs infolge der onkologischen Erkrankung, die Gesamtarbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit betrage 70%. Die angegebenen Arbeitsunfähigkeiten in den Fachgebieten Orthopädie und Onkologie addierten sich hier nicht; sie seien integrativ zu werten. Vom 11. bis zum 21. Februar 2022 und vom 10. März bis zum 11. April 2022 (IV-act. 309 f.) war der Versicherte jeweils aufgrund einer stark verminderten Thrombozytenzahl mit Blutungen und Anämie und vom 14. bis 19. April 2022 (IV-act. 311) infolge einer Community acquired pneumonia erneut im KSSG hospitalisiert gewesen. Am 11. Mai 2022 notierte die RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ (IV-act. 312), auf das SMAB-Gutachten könne abgestellt werden, nachdem die Sachverständigen in ihrer Stellungnahme vom 5. April 2022 die Unklarheiten geklärt und korrigiert hätten. Seit dem 11. Februar 2022 habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten wieder verschlechtert und es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Da die bisherige Therapie zur Verhinderung der niedrigen Thrombozytenzahl nicht wirksam gewesen sei, sei ab dem 2. April 2022 die Therapie umgestellt worden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht liege somit wieder ein instabiler Gesundheitszustand vor. Am 13. Juni 2022 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, leitender Arzt der Klinik V.\_\_\_\_ des KSSG (IV-act. 316), seit der letzten Stellungnahme im Januar 2022 habe sich eine erneute immun-cytopenie Episode zugetragen. Aufgrund der Ausprägung, der weitgehend therapie-refraktären Situation und der entsprechend nur sehr protrahierten Besserung müsse er seine Einschätzung relativieren. Der Versicherte falle

unter die seltene Patientengruppe mit persistierender Thrombopenie mit nur schwierig und zumeist protrahiert behandlungsbedürftigen thrombopenen Krisen, bzw. auch nur unter einer komplexen Therapie stabilisierten Thrombocytenzahlen. Der Versicherte sei nämlich während den letzten fünf Monaten aufgrund von Thrombocytenzahlen <10G/l (meist <5G/l) überwiegend hospitalisiert gewesen, wobei die therapeutischen Massnahmen mehrheitlich erfolgreich wiederholt und intensiviert worden seien. Dies zeige, dass die ebenfalls bereits hochgradig therapie-refraktäre Problematik 10/2020-07/2021 nicht eine Singularität im Verlauf dieser individuell sehr schwer verlaufenden Erkrankung dargestellt habe, sondern dass die Erkrankung beim Versicherten als ausgeprägt und sehr schwierig behandelbar zu beurteilen sei. Der Versicherte werde langfristig wohl nicht ohne Immunsuppression auskommen, ohne dass bei ihm eine schwere Immunthrombopenie entstehe. Dies ergebe sich aus dem Verlauf; innerhalb der letzten vier Jahre seien vier schwere (davon zwei schwerste, mehrmonatige) Exacerbationen beobachtet worden und zuletzt seien nun wiederholt schwer immunsuppressive Medikamente (mit allen ihren immanenten Nebenwirkungen) eingesetzt worden. Daher korrigiere er seine letztmalige Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 20-30% auf eine mittel- und evtl. langfristige Arbeitsunfähigkeit von 50-60%. Miteingerechnet sei dabei auch die chronische Fatigue. Am 27. Juni 2022 hielt die RAD-Ärztin Dr. B. \_\_\_ fest (IV-act. 319), die aktuellen Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ vom 13. Juni 2022 seien versicherungsmedizinisch nachvollziehbar. Aufgrund der Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ liege beim Versicherten eine besonders schwere Erkrankung mit ungünstiger Prognose vor. Es sei von einer anhaltenden Therapiebedürftigkeit mit Blutbildveränderungen und chronischer Müdigkeit auszugehen. Abgestützt auf die Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ werde ab 1. Februar 2022 dauerhaft von einer Arbeitsunfähigkeit adaptiert von 60% ausgegangen. Für die Zeit davor gälten die Einschätzungen der SMAB-Gutachter vom 4. Februar 2022. Mit einem Vorbescheid vom 26. Juli 2022 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an (IV-act. 322), sie beabsichtige, ihm vom 1. Juni 2022 bis 31. August 2022 eine Rente von 25% einer ganzen Invalidenrente und ab dem 1. September 2022 eine Rente von 62 % einer ganzen Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung führte sie aus, gemäss dem SMAB-Gutachten habe zum Begutachtungszeitpunkt und auch davor eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vorgelegen. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei gemäss dem SMAB-Gutachten eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar. Am 11. Februar 2022 habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert, sodass ab dann eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bestanden habe. Die "Wartezeit" gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG sei aber dennoch erst am 1. Juni 2022 erfüllt gewesen. Gemäss den gesetzlichen Revisionsbestimmungen bestehe ein Anspruch auf eine höhere Rentenleistung bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wenn die versicherte Person ohne wesentliche Unterbrechung während drei Monaten durchgehend im entsprechenden höheren Grad erwerbsunfähig gewesen sei. Am 20. September 2022 liess der Versicherte einwenden (IV-act. 330), es sei bei Dr. D. \_\_\_ anzufragen, seit wann die hämatologische Arbeitsunfähigkeit bei 60% liege; die Wartezeit sowie die Rentenzahlung seien gestützt darauf neu zu bestimmen. Eventualiter sei spätestens ab dem 1. Mai 2019 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Am 27. Februar 2023 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt vom 1. Juni 2022 bis 31. August 2022 eine Rente von 25% einer ganzen Invalidenrente sowie ab dem 1. September 2022 eine Rente von 62% einer ganzen Invalidenrente (IV-act. 336 f.). Am 17. April 2023 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) Beschwerde gegen die beiden Verfügungen der IV-Stelle (nachfolgend:

Beschwerdegegnerin) vom 27. Februar 2023 erheben (act. G 1). Er beantragte, ihm seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Zur Begründung führte er aus, die Beschwerdegegnerin habe das Wartejahr fälschlicherweise erst im Juni 2022 als erfüllt erachtet; die Berechnung sei nicht nachvollziehbar. Die von der Beschwerdegegnerin angenommene Verschlechterung per 11. Februar 2022 sei nicht nachvollziehbar; das T.\_\_\_\_-Syndrom und die damit zusammenhängende Fatigue hätten spätestens seit dem 23. Mai 2018 (erstmalige Hospitalisation) bestanden. Weiter hätten sich sowohl die Gutachter als auch die Beschwerdegegnerin nicht mit der erreichten Leistungsfähigkeit im Rahmen des Arbeitsversuches auseinandergesetzt. Am 19. Juni 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 7). Zur Begründung führte sie aus, die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. Juni 2022 seien kein Beleg dafür, dass bereits seit Mai 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 50-60% bestanden hätte. Am 20. Juni 2023 entsprach die verfahrensleitende Versicherungsrichterin dem Gesuch des Beschwerdeführers um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 8). Am 8. September 2023 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten (act. G 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 27. September 2023 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 14). Erwägungen Wurde ein Rentenbegehren wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades abgewiesen, wird eine neue Anmeldung gemäss dem Art. 87 Abs. 3 IVV in Verbindung mit dem Art. 87 Abs. 2 IVV nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft gemacht hat, dass sich der für die Bemessung des Invaliditätsgrades massgebende Sachverhalt in einer anspruchrelevanten Weise verändert hat. Der Beschwerdeführer hat sich im November 2016 erneut zum Leistungsbezug angemeldet, nachdem die Beschwerdegegnerin am 12. Januar 2012 ein Leistungsgesuch ab dem 1. April 2011 abgewiesen hatte. Die Behandler haben eine Verschlechterung insbesondere hinsichtlich der Schmerzproblematik glaubhaft gemacht (vgl. bspw. IV-act. 88 ff.). Mit den Angaben in diesen Berichten ist glaubhaft gemacht gewesen, dass sich der für einen allfälligen Rentenanspruch des Beschwerdeführers massgebende Sachverhalt nach dem 12. Januar 2012 massgebend verändert gehabt haben könnte. Die Beschwerdegegnerin ist folglich zu Recht auf die Neuanschuldung eingetreten. Der Zweck dieses Beschwerdeverfahrens erschöpft sich in der Überprüfung der angefochtenen Verfügungen auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand nicht weiter als jener der angefochtenen Verfügungen sein kann. Mit den beiden Verfügungen vom 27. Februar 2023 hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juni 2022 bis zum 31. August 2022 eine 25%-Rente und für die Zeit ab dem 1. September 2022 eine 62%-Rente zugesprochen, d.h. sie hat die rückwirkende, abgestufte Rentenzusprache auf zwei Verfügungen aufgeteilt. Nach der ständigen Praxis des Bundesgerichtes hat es sich dabei aber um einen unteilbaren Gegenstand gehandelt, über den mit einer einzigen Verfügung hätte entschieden werden müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2020, BGer 9C\_453/2020, E. 4.3.1.). Die beiden angefochtenen Verfügungen erweisen sich damit als in formeller Hinsicht rechtswidrig. Eine Aufhebung der beiden Verfügungen und die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zum Erlass einer einzigen Verfügung über den Rentenanspruch ab dem 1. Juni 2022 aus diesem Grund allein wäre aber unverhältnismässig, denn inhaltlich würde sich dadurch überwiegend wahrscheinlich nichts ändern. Dies zwingt dazu, die formelle Rechtswidrigkeit zu ignorieren, nach dem Sprachgebrauch des Bundesgerichtes also die formelle Rechtswidrigkeit zu "heilen". Somit sind die beiden Verfügungen auf ihre

materielle Rechtmässigkeit zu prüfen. Im Urteilsdispositiv wird dem Umstand Rechnung getragen, dass zwei Verfügungen angefochten worden sind, so dass es grundsätzlich zulässig wäre, dieses Urteil nur in dem Teil anzufechten, der eine der beiden Verfügungen bzw. Rentenphasen betrifft. Eine versicherte Person hat laut dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, wenn sie während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und wenn sie nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Für die Bemessung der Invalidität wird gemäss dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Der IV-Grad wird anhand eines Vergleichs des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens mit dem Valideneinkommen ermittelt (Art. 16 ATSG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit sowie in einer optimal adaptierten Tätigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Zur Klärung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit hat die Beschwerdegegnerin nach der Neuanmeldung zwei Gutachten in Auftrag gegeben. Das erste Gutachten ist am 29. November 2017 durch die medexperts ag erstellt worden. Bei diesem Gutachten ist das T. \_\_\_-Syndrom noch nicht erkannt worden. Bereits aus diesem Grund ist das medexperts-Gutachten nicht beweistauglich. Folgerichtig hat die Beschwerdegegnerin denn auch eine weitere Begutachtung in Auftrag gegeben. Das zweite Gutachten ist am 4. Februar 2022 von der SMAB AG Bern erstattet worden. Nachfolgend gilt es, die Beweiskraft des SMAB-Gutachtens zu prüfen. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (vgl. etwa BGE 125 V 351, E. 3a). Die Sachverständigen der SMAB AG Bern haben den Beschwerdeführer je persönlich untersucht. Sämtliche medizinische Vorakten haben ihnen zur Verfügung gestanden. Die Sachverständigen haben diese medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt und sich mit ihnen, wo sie es für notwendig befunden haben, vertieft auseinandergesetzt. Die bei den Untersuchungen erhobenen objektiven klinischen Befunde sind von den Sachverständigen anschaulich und vollständig dargelegt worden. Die Sachverständigen haben die subjektiven Klagen des Beschwerdeführers umfassend wiedergegeben. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass sie eine wesentliche medizinische Tatsache übersehen oder versehentlich ignoriert hätten. Der für ihre Beurteilung massgebende medizinische Sachverhalt ist ihnen also vollumfänglich bekannt gewesen. Sie haben ihre versicherungsmedizinische Beurteilung detailliert begründet. Die ermittelten Funktionseinschränkungen und die gestellten Diagnosen sind nachvollziehbar gewesen. Die Sachverständigen sind auf Diskrepanzen eingegangen und sie haben Symptomvalidierungsverfahren durchgeführt. Sie haben ausgeführt, dass sie keine grösseren Inkonsistenzen festgestellt hätten. Es habe sich lediglich eine Diskrepanz

zwischen der Alltagsaktivität und der angegebenen "Nichtmöglichkeit" zur Verrichtung einer Tätigkeit ergeben. Zudem seien die angegebenen Schmerzausweitungen im oberen Körperbereich nicht gänzlich nachvollziehbar gewesen. Abschliessend haben die Sachverständigen eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit abgegeben. Aufgrund von widersprüchlichen Angaben bezüglich der verbleibenden Arbeitsfähigkeit (vgl. die Ausführungen im Sachverhalt, Bst. C.e) hat der RAD die Sachverständigen um eine Klarstellung gebeten. In ihrer Stellungnahme vom 5. April 2022 (IV-act. 305) haben die Sachverständigen nachvollziehbar dargelegt, dass ihnen ein Übertragungsfehler unterlaufen sei. Sie haben ausgeführt, im Vergleich zur Begutachtung der medexperts vom 11/2017 habe sich keine wesentliche Änderung der Diagnosen im orthopädischen Fachgebiet ergeben. Unverändert zur Begutachtung von 2017 bestehe aus orthopädischer Sicht eine verminderte Belastbarkeit der unteren Extremitäten mit vermehrtem Pausenbedarf. Aus orthopädischer Sicht resultiere eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung beruhe auf den Einschränkungen orthopädischer und onkologischer Art. Die Gesamtarbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ergebe sich aufgrund der Einschränkungen nach dem erlittenen Trauma in 2009 auf orthopädischem Fachgebiet. Die Arbeitsfähigkeit sei in der bisherigen Tätigkeit seit diesem Zeitpunkt aufgehoben. Die Gesamtarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit resultiere integrativ aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit der unteren Extremitäten und des erhöhten Pausenbedarfs infolge der onkologischen Erkrankung, die Gesamtarbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit betrage 70%. Die angegebenen Arbeitsunfähigkeiten in den Fachgebieten Orthopädie und Onkologie addierten sich hier nicht; sie seien integrativ zu werten. Damit erweist sich das SMAB-Gutachten, zumindest was die Zeit bis zur Begutachtung betrifft, als überzeugend. Hieran vermag der Einwand des Beschwerdeführers nichts zu ändern, dass sich die Sachverständigen der SMAB nicht mit den Akten betreffend die beruflichen Massnahmen auseinandergesetzt hätten. Den Sachverständigen haben nämlich sämtliche IV-Akten vorgelegen, also auch jene Mail, in welcher die C.\_\_\_\_ ihre Wahrnehmung des Versicherten bezüglich seines Arbeitseinsatzes dargelegt hatte. Die Schilderungen der C.\_\_\_\_ vermögen aufgrund der nachfolgenden Darlegungen keine Zweifel am Gutachten zu erwecken. Für die Beantwortung der Frage, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer in welchem Umfang zumutbar sind, ist ausschlaggebend, welche Belastungen der Beschwerdeführer aus medizinisch-theoretischer Sicht trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigung tolerieren kann. Die strikt versicherungsmedizinische Beurteilung durch unabhängige Sachverständige fällt in aller Regel „strenger“ aus als die Beurteilung durch behandelnde Ärzte, weil sie sich nicht am therapeutischen Zweck, sondern daran bemisst, was die versicherte Person aus medizinischer Sicht objektiv maximal zu leisten imstande ist. Sie fällt oft auch „strenger“ als jene einer Institution aus, die eine Integrations- oder Eingliederungsmassnahme durchführt, da die Eingliederungsverantwortlichen mangels medizinischen Fachwissens nicht in der Lage sind zu beurteilen, welche Belastungen die versicherte Person maximal tolerieren könnte, ohne dass ihre Gesundheit dadurch weiter beeinträchtigt würde, und da ihre Aufgabe (wie jene der behandelnden Ärzte) in erster Linie darin besteht, die versicherte Person bestmöglich zur Arbeit zu motivieren, wobei die Frage nach dem Beschäftigungsgrad und der Arbeitsleistung nur eine untergeordnete Rolle spielt. Dass der Beschwerdeführer gemäss den Ausführungen der C.\_\_\_\_ interessiert an seinem Arbeitseinsatz gewirkt hat, bedeutet nicht, dass er während der Integrationsmassnahme den ihm maximalen zumutbaren Einsatz

geleistet hätte. Erfahrungsgemäss trauen sich längerfristig kranke Versicherte nämlich oft (deutlich) weniger zu, als sie effektiv leisten könnten (vgl. dazu auch den Entscheid IV 2019/316, Erw. 2.3 des Versicherungsgerichts St.Gallen vom 13. Juli 2021). Aus diesem Grund spiegeln die Darlegungen der C. \_\_\_ zu einem wesentlichen Teil nur wider, was der Beschwerdeführer selbst als zumutbar erachtet hat. Im Übrigen zeigt bereits die von der C. \_\_\_ verwendete Formulierung, dass die Ausführungen im Wesentlichen nichts weiter als die Selbstdarstellung des Beschwerdeführers wiedergeben. Die Ausführungen der C. \_\_\_ bilden somit keine ausreichende Grundlage für die Bemessung der Arbeitsfähigkeit, sie vermögen keine Zweifel am SMAB-Gutachten zu wecken. In Bezug auf den Sachverhalt bis zum Begutachtungszeitpunkt ist auf das SMAB-Gutachten abzustellen. Insbesondere ist aufgrund des SMAB-Gutachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer seit 2009 in seiner ursprünglichen Tätigkeit durchgehend (also auch mindestens sechs Monate vor der Anmeldung im November 2016) voll arbeitsunfähig gewesen ist, da die Angabe zur verbleibenden Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf der orthopädischen (und nicht auf der onkologischen) Abklärung basiert hat. Im Nachgang zur Begutachtung hat sich dann aber gezeigt, dass der zukünftige Verlauf des T. \_\_\_-Syndroms von den Gutachtern falsch eingeschätzt worden ist, denn aufgrund der sehr seltenen, besonders stark ausgeprägten Form des T. \_\_\_-Syndroms ist entgegen der stabilen Prognose im Gutachten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. So hat sich beim Beschwerdeführer nach der Begutachtung gemäss den Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ vom 13. Juni 2022 eine erneute immun-cytopenische Episode zugetragen. Aufgrund der besonders intensiven Ausprägung, der damit verbundenen weitgehend therapie-refraktären Situation und der entsprechend nur sehr prozessierten Besserung hat Dr. D. \_\_\_ seine Einschätzung vom Januar 2022 aufgegeben. Er hat ausgeführt, der Beschwerdeführer gehöre zur seltenen Patientengruppe mit einer persistierenden Thrombopenie mit schwierig und zumeist prozessiert behandelungsbedürftigen thrombopenen Krisen bzw. nur unter einer komplexen Therapie stabilisierbaren Thrombocytenzahlen. Der Beschwerdeführer werde wohl langfristig auf Immunsuppression angewiesen sein; zuletzt seien bei den vier schweren Exacerbationen wiederholt schwer immunsuppressive Medikamente eingesetzt worden. Daher korrigierte er seine bisherige Annahme einer 20-30%igen Arbeitsunfähigkeit auf eine 50-60%ige Arbeitsunfähigkeit. Die RAD-Ärztin erachtete die Ausführungen von Dr. D. \_\_\_ als nachvollziehbar und nahm gestützt darauf ab dem 11. Februar 2022 eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 60% an. Basierend darauf ist die Beschwerdegegnerin, ohne weitere Abklärungen zu tätigen, ab dem 11. Februar 2022 von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen. Die neue diagnostische Einschätzung und insbesondere die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D. \_\_\_ vom 13. Juni 2022 vermögen nicht vollständig zu überzeugen. Zum einen besteht bei allen Behandlern der Anschein der Befangenheit und zum andern kann nicht ausgeschlossen werden, dass auch Dr. D. \_\_\_ die zukünftige Entwicklung der Krankheit (und damit der Arbeitsunfähigkeit) noch nicht abschätzen können, weil der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt, in dem er seinen Bericht erstellt hat, noch nicht stabil gewesen ist. Zudem hat Dr. D. \_\_\_ nicht angegeben, ab wann die Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sein soll bzw. sich die Arbeitsunfähigkeit von 20-30% auf 50-60% erhöht haben soll. Dr. D. \_\_\_ hat teils (z.B. bezüglich der auftretenden Fatigue) auf die Selbstangaben des Beschwerdeführers abgestellt; eine Symptomvalidierung hat er nicht vorgenommen. Letzteres wäre jedoch angezeigt gewesen, da im Rahmen der SMAB-Begutachtung gewisse

Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und dem effektiv bestehenden Gesundheitszustand festgestellt worden sind. Da der Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 13. Juni 2022 und insbesondere die darin abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht überzeugen, ist die darauf basierende RAD-Stellungnahme ebenfalls nicht beweiskräftig. Aufgrund der sich abzeichnenden stark negativen Entwicklung des Gesundheitszustandes hätte die Beschwerdegegnerin eine Verlaufsbeurteilung anordnen müssen. Das wird die Beschwerdegegnerin nachzuholen haben. Die Verzögerung bei der Einholung eines Verlaufsgutachtens dürfte sich möglicherweise sogar als Vorteil erweisen, denn sie ermöglicht eine Beurteilung der Entwicklung des Krankheitsbildes des Beschwerdeführers über einen längeren Zeitraum. Möglicherweise hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers inzwischen stabilisiert, so dass eine längerfristige medizinische Prognose und damit auch eine längerfristig gültige Arbeitsfähigkeitsschätzung möglich ist, welche die Zusprache einer Invalidenrente für die Zukunft zulässt. Der massgebende Sachverhalt erweist sich damit als unzureichend abgeklärt, weshalb die beiden angefochtenen Verfügungen in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen sind und als rechtswidrig aufgehoben werden müssen. Da es nicht die Sache des Versicherungsgerichtes sein kann, die ureigenste Aufgabe der Beschwerdegegnerin – die Sachverhaltsabklärung – zu übernehmen, ist die Sache zur Fortsetzung der Sachverhaltsermittlung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird eine Verlaufsbeurteilung des Beschwerdeführers in Auftrag geben und anschliessend erneut über eine Rentenzusprache entscheiden. Sollte die Verlaufsbeurteilung ergeben, dass die onkologische Gesundheitsbeeinträchtigung tatsächlich längerdauernde, schwere Phasen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, wird die Beschwerdegegnerin prüfen, ob eine immer wieder durch Phasen hoher oder vollständiger Arbeitsunfähigkeit unterbrochene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem Arbeitsmarkt noch verwertbar ist. Sie wird gegebenenfalls die Frage beantworten müssen, ob es einen Arbeitgeber gibt, der bereit wäre, den Beschwerdeführer trotz unvorhersehbarer und jeweils längerdauernder Absenzen zu beschäftigen. Da aufgrund der Akten nicht erkennbar ist, inwieweit eine Verlaufsbeurteilung einen Nachteil für den Beschwerdeführer ergeben sollte, ist auf den Hinweis auf eine allfällige *reformatio in peius* im anschliessenden Verwaltungsverfahren verzichtet worden. Die angefochtenen Verfügungen sind aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen 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). Die Rückweisung einer Sache gilt hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen rechtsprechungsgemäss als ein vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Da der Beurteilungsaufwand für die beiden Streitgegenstände derselbe gewesen ist, rechtfertigt sich eine hälftige Aufteilung. Der Beschwerdeführer hat einen Anspruch auf eine volle Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor dem Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der st.gallischen Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint praxisgemäss ein

Honorar von 4'000 Franken als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit insgesamt 4'000 Franken (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Für den Vertretungsaufwand gilt dasselbe wie für den Beurteilungsaufwand, so dass sich auch hier eine hälftige Aufteilung rechtfertigt. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2023 für den Zeitraum vom 01.06.2022 bis zum 31.08.2022 wird aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat für den die Verfügung vom 27. Februar 2023 für den Zeitraum vom 01.06.2022 bis zum 31.08.2022 betreffenden Teil des Beschwerdeverfahrens die Gerichtskosten von 300 Franken zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für den die Verfügung vom 27. Februar 2023 für den Zeitraum vom 01.06.2022 bis zum 31.08.2022 betreffenden Teil des Beschwerdeverfahrens eine Parteientschädigung von 2'000 Franken zu bezahlen. Die angefochtene Verfügung vom 27. Februar 2023 für den Zeitraum ab dem 01.09.2022 wird aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat für den die Verfügung vom 27. Februar 2023 für den Zeitraum ab dem 01.09.2022 betreffenden Teil des Beschwerdeverfahrens die Gerichtskosten von 300 Franken zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für den die Verfügung vom 27. Februar 2023 für den Zeitraum ab dem 01.09.2022 betreffenden Teil des Beschwerdeverfahrens eine Parteientschädigung von 2'000 Franken zu bezahlen.

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