



**Fall-Nr.:** IV 2021/45  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 12.08.2022  
**Entscheiddatum:** 12.01.2022

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.01.2022**

**Art. 28 IVG; Art. 88a IVV: Beweiskraft Gutachten bejaht.**

**Einkommensvergleich als Prozentvergleich. Abweisung der Beschwerde  
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12.  
Januar 2022, IV 2021/45).**

#### **Entscheid vom 12. Januar 2022**

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2021/45

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokaturm Glavas AG,  
Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen,

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,**



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente (Befristung)

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 13. Juni 2017 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 9; zur Früherfassung vgl. IV-act. 1 ff.). Er hatte zuletzt als Z.\_\_\_\_ bzw. Y.\_\_\_\_-mitarbeiter bei der Firma B.\_\_\_\_ gearbeitet, war jedoch aufgrund einer Diskushernie von Dr. med. C.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, seit dem 3. Januar 2017 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (IV-act. 5, 9, 15 und 18). Am 4. Januar 2017 waren beim Versicherten eine mikrochirurgische interlaminäre Fensterung L5/S1 rechts, eine Prolapsentfernung sowie eine Diskotomie durchgeführt worden (IV-act. 5-6 ff.; zu den Nachkontrollen vom 10. Februar und 17. März 2017 vgl. IV-act. 5-1 ff. und 24). In einem Verlaufsbericht des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom \_\_ August 2017 wurde festgehalten, dass der klinische Befund ähnlich wie im März 2017 sei. Zu den glutealen Schmerzen rechts hätten sich nun jedoch auch links gluteale Schmerzen hinzugesellt. Eine zum Ausschluss einer Spondylodiscitis zwischenzeitlich durchgeführte Feinnadelpunktion der Bandscheibe habe einen unauffälligen Befund gezeigt. Insgesamt sei das präsentierte Schmerzbild weit gravierender, als man es nach einem Bandscheibenvorfall und der Operation eines solchen erwarten würde. Die MRT-Bildgebung vom 17. März 2017 und 28. Oktober 2016 zeige einen mittelgrossen Rezidivvorfall L5/S1 rechts (bei jedoch fehlendem klinischem radikulärem Syndrom) sowie eine leicht verminderte Bandscheibenhöhe L5/S1 im Verlauf. Der Versicherte sei für eine erneute MRT-Untersuchung angemeldet worden, um ein aktives osteochondrotisches Geschehen zu verifizieren. Als nächster Schritt sei an eine gestaffelte Facettengelenksinfiltration L5/S1 und L4/L5 zu denken, um den Schmerzfokus weiter eingrenzen zu können. Die darüber liegenden lumbalen Bewegungssegmente seien radiologisch unauffällig. Dass im verhältnismässig jungen



Alter des Versicherten eine beidseitige Hüftgelenkspathologie vorliegen sollte, sei kaum vorstellbar (IV-act. 28). Am 11. August 2017 wurde beim Versicherten eine transpedikuläre Spondylodese L4/L5/S1 (TLIF L4/L5 von rechts sowie L5/S1 von links) sowie eine intersomatische Graftonanlagerung durchgeführt (vgl. die Diagnosen in IV-act. 73 f.). In einem Bericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom \_\_ Oktober 2017 über eine Sprechstunde vom 28. September 2017 wurde festgehalten, dass die Kopfschmerzen, die anfangs September 2017 zu einer kurzen Hospitalisation bei Verdacht auf Liquorleck (nicht bestätigt) geführt hätten, rückläufig seien. Auch die lumbalen Rückenschmerzen würden langsam abnehmen. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht zeige sich ein regulärer Verlauf und es sei kein spezifisches Prozedere zu beachten. Wahrscheinlich werde der Versicherte noch einige Zeit brauchen, um wieder eine normale körperliche Belastbarkeit zu erlangen, namentlich auch aufgrund stattgehabter Infektionen. Langfristig sollte jedoch wieder ein Normalzustand erreichbar sein (IV-act. 74).

**A.b.** Am 9. März 2018 erstellte die X.\_\_\_ AG im Auftrag der Krankentaggeldversicherung eine medizinische Beurteilung. Als Diagnose nannten die Untersuchenden ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits. Weiter hielten sie fest, dass das arbeitsbezogene relevante Problem in einer verminderten Belastungstoleranz der Lendenwirbelsäule (LWS) bestehe. Aufgrund des ausgeprägten Schmerz- und Schonverhaltens hätten die funktionellen Einschränkungen jedoch nicht objektiviert werden können. Die Beobachtungen bei den Tests würden auf eine deutliche Selbstlimitierung hinweisen. Die Beurteilung könne sich somit nicht auf die EFL-Tests stützen. Vielmehr müsse eine rein ärztlich-medizinische Beurteilung erfolgen. Unter Berücksichtigung der strukturellen, organisch teilweise nachvollziehbaren Beschwerden sei die angestammte Tätigkeit mit einem vermehrten Pausenbedarf von 2.5 Stunden als ganztags zumutbar einzustufen. Dies entspreche einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 75 %. Zur Angewöhnung sei jedoch ein Einstieg mit einem halbtägigen Einsatz zu empfehlen mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % (ganztägige Tätigkeit mit vermehrten Pausen/reduzierter Leistung) innert zwei Monaten. Eine optimal leidensangepasste Tätigkeit (wechselpositionierende mittelschwere berufliche Tätigkeit) sei dem Versicherten ganztags zumutbar. Unter Berücksichtigung der längeren Arbeitskarenz sei jedoch während zwei Monaten eine



75%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen mit einer sukzessiven Steigerung, um in drei Monaten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu erreichen (Fremdakten, act. 2-33 ff.).

**A.c.** Am 23. April 2018 hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass der Verlauf nach der Diskushernienoperation vom 4. Januar 2017 und der Re-Operation vom 11. August 2017 nun schon sehr schleppend sei. Der Versicherte sei seit dem 3. Januar 2017 zu 100 % arbeitsunfähig. Er gebe noch immer massive Rückenschmerzen an. Eine nochmalige neurochirurgische Vorstellung im KSSG vom \_\_ April 2018 habe ergeben, dass eine Facettengelenksinfiltration vom 13. März 2018 (IV-act. 81) sowie eine ISG-Infiltration beidseits vom \_\_ März 2018 (IV-act. 82) keinen positiven Effekt gehabt hätten (zur Sprechstunde im KSSG vom \_\_ April 2018 vgl. IV-act. 30 und 32). Der Versicherte warte nun auf einen Termin im Schmerzzentrum, bei dem er schon länger angemeldet worden sei (zum Ganzen vgl. IV-act. 33).

**A.d.** Vom 20. August bis 10. September 2018 hielt sich der Versicherte stationär im Schmerzzentrum des Spitals D.\_\_\_\_ auf. Im entsprechenden Austrittsbericht wurden die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, leichte bis mittelgradige depressive Episode sowie Onychomykose mit id-Reaktion an den Händen genannt. Sodann wurde unter anderem festgehalten, dass der Versicherte auf einem mechanistischen Schmerzverständnis beharrt habe und sich auf die psychologische und soziale Dimension des Schmerzes nicht habe einlassen können. Er sei in ordentlichem Zustand nach Hause entlassen worden (IV-act. 45-2 ff.). In einem Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom \_\_ September 2018 wurde als Diagnose ein chronifiziertes nozizeptives lumbospondylogenes Schmerzsyndrom genannt. Weiter hiess es, dass die letzte Kontrolle am \_\_ September 2018 erfolgt sei. Der Versicherte habe sich noch immer massiv schmerzgeplagt präsentiert. Zuletzt sei eine stationäre Therapie mit multimodalem Ansatz erfolgt. Der Versicherte habe davon nur sehr bedingt profitieren können. Auf die Empfehlung des Schmerzzentrums hin seien die konservativen Massnahmen wie Wassertherapie oder regelmässige intensiverte Bewegungstherapie über einen Zeitraum von sechs Monaten ausgebaut worden, bisher ohne signifikante Linderung der Beschwerden. Die behandlungsspezifischen Möglichkeiten am Schmerzzentrum seien zurzeit ausgeschöpft. In Rücksprache mit dem Versicherten werde auf eine weitere Anbindung ans Schmerzzentrum verzichtet. Aktuell würden die Anbindung an ein tagesklinisches Angebot im Rahmen einer



psychosomatischen Behandlung von chronischen Schmerzstörungen sowie die Fortführung der physiotherapeutischen Massnahmen empfohlen (IV-act. 40). In einem Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom \_\_ Dezember 2018 wurde festgehalten, dass der Versicherte am \_\_ Dezember 2018 erneut zur neurochirurgischen Beurteilung vorstellig geworden sei. Nach ausgeschöpftem konservativen Prozedere inklusive stattgehabter infiltrativer Massnahmen stehe letztlich noch eine neuromodulative Therapie im Sinne einer Rückenmarkstimulation zur Verfügung. Aufgrund der doch unklaren psychosomatischen Situation des Versicherten sei eine entsprechende Evaluation angezeigt (IV-act. 50).

**A.e.** Am 6. Dezember 2018 berichtete Dr. med. E.\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, über eine auf hausärztliche Zuweisung hin erfolgte Kopfschmerzbeurteilung. Er kam zum Schluss, dass die klinische Präsentation mit Selbstlimitierung und Schonhaltung im Gesamtkontext an eine chronische somatoforme Schmerzstörung denken lasse. Folglich sei eine multimodale Schmerztherapie mit Analgetikaentzug und der Etablierung einer kopfschmerzprophylaktischen Basistherapie zu empfehlen. Bei anscheinend geplanter Operation würde sich anschliessend eine schmerztherapeutisch ausgerichtete Rehabilitation anbieten. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 67).

**A.f.** Am 9. Januar 2019 wurde der Versicherte im Ambulatorium F.\_\_\_ der Psychiatrie G.\_\_\_ vorstellig. Im dazu ergangenen Sprechstundenbericht vom 21. Januar 2019 wurden als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie der Verdacht auf eine leichte depressive Episode genannt. Weiter wurde die Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung gestellt, jedoch gleichzeitig angemerkt, dass der Therapieerfolg von der Compliance des Versicherten abhängig sei. Da ein erneutes Gespräch im KSSG für eine etwaige Operation geplant sei, sei der Versicherte noch unsicher, ob aktuell der richtige Zeitpunkt für den Beginn einer entsprechenden Behandlung sei (vgl. IV-act. 60).

**A.g.** Vom \_\_ bis \_\_ September 2019 hielt sich der Versicherte stationär in der Klinik für Neurochirurgie des KSSG auf. Im Austrittsbericht vom \_\_ September 2019 wurde festgehalten, dass der Versicherte zur geplanten SCS-Einlage thorakal eingetreten sei. Der Eingriff sei am \_\_ September 2019 durchgeführt worden. Postoperativ habe der



Versicherte über Nacken- und Kopfschmerzen berichtet. Im Verlauf sei es zu einem Flüssigkeitsaustritt aus der Wunde gekommen. Bei Verdacht auf ein intraoperatives Liquorleck sei am \_\_ September 2019 durch die Kollegen der Anästhesie ein Blutpatch lumbal durchgeführt worden. Die Kopfschmerzen hätten sich gebessert, die Beinschmerzen seien aber immer noch vorhanden. Nach mehreren Umstellungen des SCS-Systems ohne positives Ansprechen sei schliesslich der Entscheid zur Explantation des Systems getroffen und diese am \_\_ September 2019 komplikationslos durchgeführt worden. Die Wundflüssigkeit sei intraoperativ auf Beta-Trace-Protein getestet worden. Es sei kein Liquor nachgewiesen worden. Der Versicherte sei am \_\_ September 2019 bei GCS 15, ohne neue fokale-neurologische Defizite und bei trockenen, reizlosen Wundverhältnissen entlassen worden (IV-act. 71 f., 84 f. und 87). Anlässlich einer Sprechstunde in der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom \_\_ Oktober 2019 berichtete der Versicherte von weiterbestehenden, einschliessenden starken Kopfschmerzen und einer gleichbleibenden Rückenschmerzsymptomatik. Die behandelnden Ärzte hielten im Sprechstundenbericht fest, dass die Ursache der nach der Implantation der SCS-Elektroden erstmals aufgetretenen Kopfschmerzen unklar bleibe. Ein Liquorleck sei während des stationären Verlaufes mittels Beta-Trace-Tests ausgeschlossen worden. Auch eine am Sprechstundentag durchgeführte ausgedehnte MR-Diagnostik habe keine Hinweise auf einen Liquorverlust ergeben (IV-act. 86).

**A.h.** Vom 10. April bis 7. Mai 2020 hielt sich der Versicherte stationär in H.\_\_ auf. Im entsprechenden Austrittsbericht wurden als Diagnosen eine chronifizierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Depression, ein Verdacht auf analgetikainduzierte Kopfschmerzen sowie ein Nikotinabusus genannt (IV-act. 105-88 ff.).

**A.i.** Mit Mitteilung vom 10. Juni 2020 informierte die IV-Stelle den Versicherten darüber, dass sein Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde. Aktuell seien keine beruflichen Massnahmen, sondern eine polydisziplinäre Untersuchung angezeigt (IV-act. 99).

**A.j.** In einem Bericht vom 6. Juli 2020 hielt Dr. med. I.\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie/ Psychotherapie, fest, dass der Versicherte seit dem 23. September 2019 bei ihm in ambulanter Behandlung stehe und seit diesem Zeitpunkt sowohl in der angestammten



## St.Galler Gerichte

als auch in anderen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine mittelgradige bis schwere Depression sowie eine chronifizierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Status nach mehreren Operationen und Infiltrationen (IV-act. 101).

**A.k.** Am 4. Oktober 2020 erstattete die SMAB AG im Auftrag der IV-Stelle ein polydisziplinäres (psychiatrisches, internistisches, neurologisches und orthopädisch-traumatologisches) Gutachten (IV-act. 105). In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Sachverständigen zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (IV-act. 105-8). Sodann hielten sie fest, dass sowohl in der angestammten als auch in leidensangepassten Tätigkeiten ab dem 1. Oktober 2016 (MRT Wirbelsäule BWK12 bis SWK3 vom 28. Oktober 2016) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Angesichts der Diskushernienoperation L5/S1 rechts vom 4. Januar 2017 sowie der Spondylodese L4-S1 vom 11. August 2017 sei bis zum 31. Dezember 2017 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab dem 1. Januar 2018 sei bei persistierenden Schmerzen und dem Verdacht auf eine Spondylodiscitis bis zur erfolglosen Implantation des SCS-Systems thorakal vom \_\_ September 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Nach dieser Operation und der Explantation des SCS-Systems vom \_\_ September 2019 habe bis zum 31. Dezember 2019 wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 1. Januar 2020 gelte die anlässlich der Begutachtung festgestellte 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in leidensangepassten Tätigkeiten (IV-act. 105-10). In einer Aktenbeurteilung vom 17. Oktober 2020 würdigte der regionale ärztliche Dienst (RAD) das SMAB-Gutachten als ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar. Es könne darauf abgestellt werden (IV-act. 106).

**A.l.** Mit Vorbescheid vom 23. November 2020 stellte die IV-Stelle dem Versicherten für die Zeit vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2020 einen befristeten Anspruch auf eine halbe Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 109).

**A.m.** Gegen diesen Vorbescheid erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. K. Glavas, Muolen, am 1. Dezember 2020 vorsorglich Einwand (IV-act. 110), zog



## St.Galler Gerichte

diesen nach Einsicht in die Akten (vgl. IV-act. 115 f.) mit Schreiben vom 11. Dezember 2020 jedoch wieder zurück (IV-act. 117).

**A.n.** Mit Verfügung vom 14. Januar 2021 (IV-act. 118 f.) bzw. vom 25. Februar 2021 (IV-act. 120) sprach die IV-Stelle dem Versicherten für die Zeit vom 1. Januar 2018 bis zum 31. März 2020 eine befristete halbe Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 53 % zu. Sie führte erklärend aus, dass seit dem 3. Januar 2017 in der angestammten Tätigkeit eine verminderte Arbeitsfähigkeit vorliege. Der Rentenanspruch entstehe nach Ablauf des Wartejahres. Ab dem 3. Januar 2018 habe in leidensangepassten Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Nach dem Eingriff vom \_\_ September 2019 sei der Versicherte bis zum Ende des Jahres 2019 vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen. Ab dem 1. Januar 2020 habe sich der Gesundheitszustand jedoch wesentlich und anhaltend verbessert. Der Versicherte sei seither in sämtlichen Erwerbstätigkeiten wieder zu 100 % arbeitsfähig. Folglich liege ein Revisionsgrund vor, sodass nach einer dreimonatigen Übergangszeit die Rente eingestellt werde. Der Einkommensvergleich beziehe sich auf die Zeit vom 1. Januar 2018 bis 1. September 2019 (vgl. IV-act. 118-1).

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung erhob der weiterhin durch Rechtsanwalt Glavas vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 9. März 2021 Beschwerde (act. G 1). Er beantragte, die angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2021 sei teilweise aufzuheben und ihm sei weiterhin mindestens eine halbe Rente zu gewähren. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung teilweise aufzuheben und es sei eine neue polydisziplinäre Abklärung unter Einschluss seiner gesamten Beschwerden in Auftrag zu geben, woraufhin neu zu entscheiden sei; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7 % Mehrwertsteuer zu Lasten der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin; act. G 1 S. 2). Weiter beantragte der Beschwerdeführer die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 1 S. 2, G 4 und 4.1) sowie die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (vgl. act. G 1 S. 5).

**B.b.** Am 19. April 2021 entsprach die verfahrensleitende Richterin dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der





## St.Galler Gerichte

unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 5).

**B.c.** In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 6).

**B.d.** In seiner Replik vom 16. Juni 2021 hielt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich fest (act. G 9). Neu beantragte er die Vornahme eines Augenscheins an einem Arbeitsplatz eines Y.\_\_\_\_-Mitarbeiters zur Beurteilung der stehenden und sitzenden Anteile dieser Tätigkeit (vgl. act. G 9 S. 1, unten, und S. 2, oben). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Erstattung einer Duplik (act. G 10 f.).

## Erwägungen

### 1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

### 2.

**2.1.** 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**2.2.** Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

### 3.

**3.1.** Die Beschwerdegegnerin hat sich für die Ablehnung des Rentenanspruchs in erster Linie auf das polydisziplinäre SMAB-Gutachten gestützt (vgl. IV-act. 118 f. und act. G 6), wonach sowohl in der angestammten als auch in leidensangepassten Tätigkeiten in der Vergangenheit zwar Arbeitsunfähigkeiten bestanden hätten (zwischen dem 1. Oktober 2016 und 31. Dezember 2017 eine 100%ige, zwischen dem 1. Januar 2018 und 1. September 2019 eine 50%ige, zwischen dem 2. September und 31. Dezember 2019 wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit), ab dem 1. Januar 2020 aber von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (vgl. IV-act. 105-10). Demgegenüber ist der Beschwerdeführer der Ansicht, dass das SMAB-Gutachten nicht als Basis zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dienen könne. Er bemängelt das Gutachten in mehreren Punkten, auf die nachfolgend näher einzugehen ist (vgl. act. G 1 und 9).



### 3.2.

**3.2.1.** Hinsichtlich des psychiatrischen Fachgutachtens rügt der Beschwerdeführer, dass er sich seit 2017 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. I. \_\_\_ befinde, ohne dass diesbezüglich ein Bericht existiere. Dass kein entsprechender Bericht eingeholt worden sei, stelle eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dar. Ein entsprechender Bericht sei für eine neutrale gutachterliche Abklärung unentbehrlich (vgl. act. G 1 S. 4). Weiter kritisiert er, dass der psychiatrische Gutachter keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, jedoch von einer subdepressiven Grundstimmung berichtet hätte, ohne näher darauf einzugehen. Die Begutachtenden seien offensichtlich darauf ausgerichtet gewesen, die vorhandenen psychischen Probleme zu bagatellisieren. Dabei sei es eigentlich nicht verwunderlich, dass er bei derart langen Rückenbeschwerden auch psychisch angeschlagen sei (vgl. act. G 9).

**3.2.2.** Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers befindet sich ein Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 6. Juli 2020 in den Akten, welcher sich über die Behandlung ab dem 23. September 2019 ausspricht (vgl. IV-act. 105-83 ff.). Mit den Ausführungen von Dr. I. \_\_\_ hat sich der psychiatrische SMAB-Gutachter eingehend auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 105-31). Beispielsweise hat er festgehalten, dass die Diagnosen einer schweren depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung im Bericht von Dr. I. \_\_\_ nicht plausibel begründet worden seien. Ein sozialer Rückzug könne nicht bestätigt werden, da der Beschwerdeführer regelmässige soziale Kontakte sowohl innerhalb der Familie als auch im Freundes- und Bekanntenkreis angegeben habe. Die Schonhaltung werde auch durch äussere Einflüsse getriggert. So dürfe der Beschwerdeführer gemäss seiner Schilderung der Ehefrau im Rahmen der Haushaltsführung keine Unterstützung leisten, obwohl entsprechende Ressourcen vorhanden wären. Der Beschwerdeführer sei ohne Weiteres in der Lage, entsprechende Aufgaben zu übernehmen, da weder eine relevante Antriebsstörung noch eine Einschränkung des Durchhaltevermögens oder andere kognitive Leistungseinschränkungen auszumachen seien. Die Grundstimmung des Beschwerdeführers sei zwar subdepressiv getönt, Anhaltspunkte für eine Anhedonie seien jedoch zu keinem Zeitpunkt berichtet worden und im Rahmen der Exploration nicht ersichtlich gewesen. So vermöge der Beschwerdeführer im Alltag eine stabile Bindungs- und Beziehungsfähigkeit zu realisieren. Ein Verlust an Interessenneigungen sei ebenfalls nicht ersichtlich. Die beschriebenen passiven Todeswünsche habe Dr. I. \_\_\_ in keiner Weise weiter kommentiert oder begründet, während er aber über finanzielle Engpässe des Beschwerdeführers berichtet habe. Im Übrigen seien in der Labordiagnostik keine Medikamentenspiegel nachweisbar gewesen, die den verordneten Antidepressiva



entsprechen würden. Insofern bestünden begründete Zweifel an der Adhärenz des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der mitgeteilten medikamentösen Behandlung. Aus den Ausführungen von Dr. I. \_\_\_ würden sich keine überzeugenden Aspekte ergeben, die eine abweichende Beurteilung von der gutachterlich diagnostizierten länger andauernden depressiven Anpassungsstörung rechtfertigen würden (IV-act. 105-31). Die von ihm diagnostizierte länger andauernde depressive Anpassungsstörung hat der psychiatrische Gutachter entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers sodann nicht unbegründet gelassen. Vielmehr hat er für seine Diagnosestellung eine nachvollziehbare Begründung geliefert (vgl. namentlich IV-act. 105-29 ff.). Diesbezüglich ist auch festzuhalten, dass der Gutachter einen Zusammenhang zwischen den Wirbelsäulenschmerzen und der psychischen Verfassung des Beschwerdeführers nicht abgestritten hat. Im Gegenteil hat er ausgeführt, dass aus seiner Sicht am ehesten reaktive Einflüsse (Kränkung) im Zusammenhang mit dem Verlust des Arbeitsplatzes als Folge des degenerativen Lendenwirbelsäulensyndroms im Rahmen der Chronifizierung der Schmerzwahrnehmung für die Krankheitsentwicklung bzw. die psychische Verfassung massgeblich gewesen seien (vgl. IV-act. 105-29; vgl. dazu ferner die Aktenwürdigung in IV-act. 105-31). Offensichtlich bestehe eine deutliche Tendenz zur Regression mit einer gleichzeitigen Tendenz zur Schmerzausweitung und Schonhaltung, deren Grundlage unklar bleibe. Die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt, da eine unbewältigte Konfliktdynamik als Grundlage zur Diagnosestellung nicht erkennbar werde. Auch eine Schmerzverarbeitungsstörung könne in diesem Zusammenhang nicht begründet werden. Insofern sei aus psychiatrischer Sicht lediglich von einer länger andauernden depressiven Anpassungsstörung auszugehen, die sich unter Berücksichtigung der persönlichkeitsgebundenen Ressourcen des Beschwerdeführers und der Darstellung seiner gegenwärtigen Lebensführung auf die Arbeitsfähigkeit nicht relevant einschränkend auswirke (IV-act. 105-29).

### 3.3.

**3.3.1.** Weiter moniert der Beschwerdeführer, dass die von der Beschwerdegegnerin zitierte gutachterliche Behauptung, wonach seine Schmerzen auf keine fassbaren strukturellen Veränderungen der LWS zurückgeführt werden könnten (vgl. dazu act. G 6 S. 5), in krassem Widerspruch zu den Berichten des KSSG, namentlich zu demjenigen vom \_\_\_ Oktober 2019, stehe, wonach er im Bereich der lumbalen Wirbelsäule schwer angeschlagen gewesen sei und bleibe (vgl. act. G 9 S. 2). Gerade auch aus den letzten Berichten der Klinik für Neurochirurgie des KSSG, z.B. aus jenem vom \_\_\_ September 2019, sei ersichtlich, dass er Kribbelparästhesien vom unteren Rücken über den



## St.Galler Gerichte

lateralen Ober- und Unterschenkel bis in den lateralen Fussrand und die Zehen verspüre und dass er auf verschiedenen Ebenen nach mehreren Eingriffen an der Wirbelsäule angeschlagen geblieben sei (vgl. act. G 1 S. 3).

**3.3.2.** Ein krasser Widerspruch zwischen der Aussage des orthopädischen Sachverständigen, wonach im Rahmen der Begutachtung eine Spondylodiscitis, eine Rezidivhernie und eine Segmentinstabilität der LWS ausgeschlossen worden seien, sodass die Schmerzen nicht auf fassbare strukturelle Veränderungen der LWS hätten zurückgeführt werden können (vgl. IV-act. 105-70, unten), und den Ausführungen in den vom Beschwerdeführer erwähnten Berichten des KSSG vom \_\_ September und 22. Oktober 2019 (vgl. IV-act. 86 f.) ist nicht ersichtlich. Subjektiv empfundene Kribbelparästhesien sind mit einer strukturellen Veränderung gerade nicht gleichzusetzen. Gleiches gilt für die im Bericht vom \_\_ September 2019 angegebene Schmerzstärke in Ruhe (vgl. IV-act. 87-1). Im Übrigen hat der neurologische SMAB-Gutachter darauf hingewiesen, dass die im Bericht vom \_\_ September 2019 beschriebenen Ausfälle (gemeint wohl die Angaben M3 und M4; vgl. IV-act. 87-1, unten) nicht stimmig seien und sich aufgrund der gutachterlichen Untersuchung nicht nachvollziehen liessen (vgl. IV-act. 105-56). Inwiefern sich aus den beiden genannten Berichten des KSSG ergeben sollte, dass der Beschwerdeführer auf verschiedenen Ebenen der Wirbelsäule noch schwer angeschlagen ist, erläutert dieser denn auch nicht weiter. Aus der Aufzählung der stattgehabten Operationen lässt sich jedenfalls nicht automatisch auf postoperativ dauerhaft anhaltende strukturelle Schäden, welche die noch geklagten Schmerzen erklären könnten, schliessen, bezwecken Operationen in der Regel doch gerade die Beseitigung von Beschwerden oder Schädigungen. Im Übrigen befasst sich der Bericht vom \_\_ Oktober 2019 in erster Linie mit der Kopfschmerzproblematik und nicht der Wirbelsäulenproblematik (vgl. IV-act. 86).

### 3.4.

**3.4.1.** Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, dass er nach der Implantation des Stimulators vom \_\_ September 2019 über Kopfschmerzen geklagt habe. Offensichtlich sei es zu einem Flüssigkeitsaustritt aus der Wunde und zu einem intraoperativen Liquorleck gekommen, was einer iatrogenen Verletzung gleichkomme. Diese Problematik werde von den SMAB-Gutachtern nicht thematisiert (vgl. act. G 1 S. 3 f.).

**3.4.2.** Aus dem Austrittsbericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom \_\_ September 2019 geht zwar hervor, dass es nach dem Eingriff vom \_\_ September 2019 zu Kopfschmerzen und einem Flüssigkeitsaustritt aus der Wunde gekommen sei, sodass der Verdacht auf ein intraoperatives Liquorleck aufgekommen und ein



Blutpatch durchgeführt worden sei. Die Kopfschmerzen hätten sich aber anschliessend wieder gebessert und beim intraoperativen Untersuchen der Wundflüssigkeit (wohl im Rahmen der Explantationsoperation vom \_\_ September 2019) sei kein Liquor nachgewiesen worden (vgl. IV-act. 87). Im Bericht vom \_\_ Oktober 2019 zur Sprechstunde vom \_\_ Oktober 2019, anlässlich welcher der Beschwerdeführer weiterhin über Kopfschmerzen geklagt hatte, haben die behandelnden Ärzte sodann festgehalten, dass ein Liquorleck während des stationären Verlaufs mittels Beta-Trace-Tests ausgeschlossen worden sei und eine am Sprechstundentag durchgeführte ausgedehnte MR-Diagnostik ebenfalls keine Hinweise auf einen Liquorverlust ergeben habe. Die Ursache der nach der Implantation der SCS-Elektroden aufgetretenen Kopfschmerzen bleibe aktuell unklar (vgl. IV-act. 86). Demnach kann also nicht behauptet werden, es sei nach der Implantation des Stimulators vom \_\_ September 2019 offensichtlich zu einem Liquorleck gekommen, zumal in den Berichten des KSSG vom \_\_ September und \_\_ Oktober 2019 ein Liquorleck lediglich als Verdachtsdiagnose genannt worden ist (vgl. IV-act. 86 f.). Weiter kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, soweit er behauptet, die Problematik eines Liquorlecks sei im SMAB-Gutachten nicht thematisiert worden. Vielmehr hat der internistische Gutachter auf einen möglichen Zusammenhang zwischen den Kopfschmerzen und einem Liquorleck hingewiesen, zur weiteren diesbezüglichen Beurteilung jedoch auf das neurologische Gutachten verwiesen (vgl. IV-act. 105-42). Der neurologische Sachverständige hat in seinem Fachgutachten sodann nachvollziehbar ausgeführt, dass sich retrospektiv nicht mehr zuverlässig einschätzen lasse, ob beim Beschwerdeführer nach dem Eingriff vom \_\_ September 2019 ein postfunktionelles (gemeint wohl: postpunktionelles) Kopfschmerzsyndrom vorgelegen habe. Im Gesamtkontext könne ein vorübergehendes Liquorunterdruck-Syndrom nicht ausgeschlossen werden (vgl. IV-act. 105-56).

**3.4.3.** Überdies hat der neurologische Sachverständige auch die Kopfschmerzsymptomatik, die bereits vor September 2019 in Erscheinung getreten war, berücksichtigt. Er hat ausgeführt, dass Kopfschmerzen, die nach der Spinalanästhesie im Rahmen der zweiten Wirbelsäulenoperation aufgetreten seien (vgl. dazu auch IV-act. 74), für ein folgenlos abgeheiltes postpunktionelles Kopfschmerzsyndrom sprächen. Im Übrigen bestünden zeitweilige Spannungskopfschmerzen (vgl. IV-act. 105-54 ff.). Seine Einschätzung stimme mit den neurologischen Untersuchungsbefunden von Dr. E. \_\_ und der Diagnose eines am ehesten anzunehmenden Spannungskopfschmerzes überein (vgl. IV-act. 105-56).





### 3.5.

**3.5.1.** Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, dass die Gutachter ihm selbst für die angestammte Tätigkeit im Y.-\_\_-dienst eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert hätten, obwohl es sich dabei um eine rückenexponierte Tätigkeit handle, die zu rund 90 % stehend und nur zu 10 % sitzend ausgeübt werden könne. Allein diese zentrale Fehlbeurteilung zeige auf, dass das SMAB-Gutachten nicht haltbar sei (vgl. act. G 1 S. 3 und 9 S. 1 f.).

**3.5.2.** Die Gutachter der SMAB AG haben das Belastungsprofil in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung wie folgt definiert: Der Beschwerdeführer sei in der Lage, leichte bis mittelschwere Arbeiten, rückenadaptiert, überwiegend im Sitzen, mit der Möglichkeit eigens gewählter Positionswechsel, ohne Heben und Tragen von schweren Lasten zu bewältigen. Tätigkeiten auf Leitern bzw. Gerüsten oder unter ungünstigen Witterungsbedingungen (Nässe, Kälte, Staub) seien nicht zumutbar (vgl. IV-act. 105-9). Ob dieses Zumutbarkeitsprofil mit demjenigen der angestammten Tätigkeit im Y.\_\_\_ bzw. als Z.\_\_\_ vereinbar ist, kann letztlich offenbleiben. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht darauf hingewiesen (vgl. act. G 6 S. 5), dass für die Bemessung des Invaliditätsgrades die Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit massgebend ist (vgl. Art. 6 Satz 2 und Art. 16 ATSG). Dass das gutachterliche Belastungsprofil nicht einer solchen entsprechen würde, wird von beschwerdeführender Seite nicht geltend gemacht. Ein Augenschein an einem Arbeitsplatz eines Y.\_\_\_-mitarbeiters bzw. Z.\_\_\_, wie ihn der Beschwerdeführer beantragt (vgl. act. G 9 S. 2), drängt sich somit nicht auf. Aus dem Umstand, dass den Sachverständigen der SMAB AG das Belastungsprofil der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit möglicherweise nicht vollumfänglich bekannt gewesen oder von ihnen allenfalls falsch eingeschätzt worden ist, liesse sich sodann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht automatisch auf deren Befangenheit oder sonstiges Ungenügen schliessen.

**3.6.** Nach dem Gesagten erweisen sich die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwände hinsichtlich des SMAB-Gutachtens als nicht stichhaltig. Das Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen. Die medizinischen Vorakten und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sind berücksichtigt worden (vgl. IV-act. 105). Die bescheinigten Arbeitsfähigkeiten leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein (vgl. namentlich IV-act. 105-10), sodass auf das Gutachten abgestellt werden kann. Einzig nicht zu übernehmen ist die seitens der Gutachter bereits ab Oktober 2016 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zwar ist bereits ab Oktober 2016 eine gesundheitliche



Beeinträchtigung aktenkundig (vgl. IV-act. 5-12 ff. und 15). Die später operativ behandelte Bandscheibenhernie ist bereits in einer MRT-Untersuchung vom 28. Oktober 2016 nachgewiesen worden (vgl. IV-act. 5-9). Da der Beschwerdeführer seine Arbeit jedoch erst ab dem 3. Januar 2017 längerfristig niedergelegt hat (vgl. IV-act. 18-3), Dr. C.\_\_\_\_ eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit erst ab dem 3. Januar 2017 attestiert hat (vgl. IV-act. 15-1) und der Beschwerdeführer in seiner IV-Anmeldung als Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit ebenfalls den 3. Januar 2017 genannt hat (vgl. IV-act. 9-4), ist eine Arbeitsunfähigkeit erst ab dem 3. Januar 2017 rechtsgenügend ausgewiesen. In der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin den Beginn der Arbeitsunfähigkeit ebenfalls auf den 3. Januar 2017 gelegt (vgl. IV-act. 118-1), was vom Beschwerdeführer in seiner Beschwerde, soweit ersichtlich, nicht beanstandet worden ist (vgl. act. G 1).

#### **4.**

**4.1.** In einem nächsten Schritt gilt es den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers anhand eines Einkommensvergleichs festzulegen (vgl. E. 2).

**4.2.** Für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs entscheidend (vgl. BGE 129 V 222). Die vorliegend zu beurteilende IV-Anmeldung des Beschwerdeführers ist bei der Beschwerdegegnerin am 13. Juni 2017 eingegangen (IV-act. 9-1). Der frühestmögliche Rentenbeginn i.S.v. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Dezember 2017. Zu diesem Zeitpunkt ist das Wartejahr i.S.v. Art. 28 IVG allerdings noch nicht verstrichen gewesen, da anzunehmen ist, die Arbeitsunfähigkeit habe am 3. Januar 2017 ihren Anfang genommen (vgl. E. 3.6). Unter Berücksichtigung des Wartejahres fällt der Rentenbeginn auf den 1. Januar 2018. Massgebend für den Einkommensvergleich ist somit das Jahr 2018. Da vorliegend ein vor dem 1. Januar 2022 beginnender Rentenanspruch im Streit liegt, finden die am gleichen Tag in Kraft getretenen Anpassungen im IVG sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) keine Anwendung (siehe das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100 ff.).

**4.3.** Für das Valideneinkommen ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel vom zuletzt – d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der ganzen oder teilweisen





Arbeitsunfähigkeit – erzielten Verdienst auszugehen (BGE 139 V 30 E. 3.3.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C\_590/2014, E. 5.1).

**4.4.** Gemäss den Angaben der letzten Arbeitgeberin hat der Beschwerdeführer im Jahr 2017 ein Jahreseinkommen von Fr. 59'800.-- verdient (vgl. IV-act. 18-5 f.). Von diesem Validenlohn ist auch die Beschwerdegegnerin ausgegangen, jedoch hat sie die Indexierung bis zum Jahr 2018 unterlassen (vgl. IV-act. 118-1). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2018 ergibt sich ein Valideneinkommen von gerundet Fr. 60'092.-- (Fr. 59'800.-- / 2249 x 2260; vgl. Tabelle T 39 des Bundesamtes für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und Reallöhne, 2010-2020).

**4.5.** Für das Invalideneinkommen kann auf die Tabelle TA1 der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 des Bundesamtes für Statistik abgestellt werden. Dabei ergibt sich für im Kompetenzniveau 1 beschäftigte Männer bei einem Pensum von 100 % mit einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T03.02.03.01.04.01) ein Jahreseinkommen von gerundet Fr 67'767.-- ( $12 \times \text{Fr. } 5'417.-- = \text{Fr. } 65'004.-- / 40 \times 41.7 = \text{gerundet Fr. } 67'767.--$ ). Bei einer Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen für eine Vollerwerbstätigkeit zeigt sich, dass das vom Beschwerdeführer gemäss den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin im Jahr 2018 in einem Pensum von 100 % im Gesundheitsfall erzielbare Einkommen leicht unter dem statistischen Invalideneinkommen gemäss LSE für leidensangepasste Tätigkeiten liegt. Daher ist trotz des Einwandes des Beschwerdeführers, wonach das Belastungsprofil der angestammten Tätigkeit nicht demjenigen einer optimal angepassten Tätigkeit entspreche (vgl. act. G 1 S. 3 und 9 S. 1 f.), zu seinen Gunsten von der gutachterlichen Feststellung auszugehen, wonach sich die Schätzung der Arbeitsfähigkeit sowohl auf die angestammte als auch auf leidensangepasste Tätigkeiten beziehe (vgl. IV-act. 105-10). Diese Beurteilung führt dann nämlich dazu, dass vorliegend sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Lohn zugrunde zu legen ist, und der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden kann. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Gründe, die einen solchen rechtfertigen würden, werden vom Beschwerdeführer nicht vorgebracht und sind auch nicht ersichtlich (vgl. act. G 1 und 9).

**4.6.** Unter Berücksichtigung des für die Zeit vom 1. Januar 2018 (Beginn des Rentenanspruchs; vgl. E. 4.2) bis zum 1. September 2019 anzunehmenden Arbeitsunfähigkeitsgrades von 50 % (vgl. IV-act. 105-10) resultiert ein Invaliditätsgrad



von 50 %. Ab dem 2. September 2019 wäre zwar grundsätzlich vorübergehend erneut von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. IV-act. 105-10), jedoch ist die Anpassung des Invaliditätsgrades an den verschlechterten Gesundheitszustand aufgrund der Übergangsfrist von Art. 88a IVV erst per 1. Januar 2020 vorzunehmen. Da ab dem 1. Januar 2020 bereits wieder eine Verbesserung des Arbeitsfähigkeitsgrades ausgewiesen ist (vgl. IV-act. 105-10), hat die vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit keine Relevanz. Vielmehr ist demnach für die Zeit vom 1. Januar 2018 bis zum 31. Dezember 2019 von einem Invaliditätsgrad von 50 % und einem Anspruch auf eine halbe Rente auszugehen, während ab dem 1. Januar 2020 bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 100 % grundsätzlich kein Rentenanspruch mehr besteht. Aufgrund der Übergangsfrist von Art. 88a IVV ist die halbe Rente jedoch noch bis zum 31. März 2020 weiter ausbezahlt. Der von der Beschwerdegegnerin verfügte befristete Anspruch auf eine halbe Invalidenrente für die Zeit vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2020 (vgl. IV-act. 118 ff.) ist somit nicht zu beanstanden.

### 5.

**5.1.** Zusammenfassend ist die Beschwerde gegen die angefochtene Verfügung abzuweisen.

**5.2.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

**5.3.** Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**5.4.** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen



Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

**3.**

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).