



Fall-Nr.: IV 2011/196
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.06.2020
Entscheiddatum: 26.07.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 26.07.2012

Art. 28 IVG Würdigung ärztlicher Berichte, Rückweisung zur Vornahme weiterer Abklärungen zum Gesundheitszustand und zur medizinischen Arbeitsfähigkeitsschätzung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26.07.12, IV 2011/196).

Entscheid Versicherungsgericht, 26.07.2012

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Sibylle Betschart

Entscheid vom 26. Juli 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:



A.

A.a A.___, geboren 1948, erlitt am 26. Oktober 2009 einen Stolperunfall auf nasser Strasse. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 17. Februar 2010 einen Status nach dorsaler Spondylodese Th12-L2 am 9. November 2009 bei kompletter Berstungsfraktur LWK1 sowie einen Status nach ventraler Spondylodese Th12-L2 mit Korporektomie L1 und Implantation eines mit Eigenknochen gefüllten X-Tens Cages bei einem Status nach dorsaler Spondylodese Th12-L2 am 13. November 2009 bei kompletter Berstungsfraktur L1 (vgl. nicht nummerierte Fremddakten G 7.2).

A.b Noch während des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon vom 14. Juli bis 18. August 2010 (IV-act. 11-1 ff.) meldete sich der Versicherte am 25. Juli 2010 unter Hinweis auf Rückenschmerzen und Unbeweglichkeit zum Bezug beruflicher Massnahmen und für eine Rente bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1-1 ff.).

A.c Am 12. August 2010 erstattete B.___ den Arbeitgeberbericht (IV-act. 10-1). Darin wurde ausgeführt, dass der Versicherte seit dem 1. Oktober 1990 als Hauswart bei B.___ tätig sei. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens habe er im Vollzeitpensum gearbeitet, nach Eintritt des Gesundheitsschadens ab 26. Oktober 2009 sei er nicht mehr arbeitstätig gewesen (IV-act. 10-2).

A.d Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 23. August 2010 wurden als Diagnosen eine nach Unfall vom 23. Oktober 2009 (recte: 26. Oktober 2009) erlittene LWK1-Fraktur sowie ein lumbovertebrales Syndrom, eine Osteoporose, eine glomeruläre Mikrohämaturie und Mikroalbuminurie, DD Thin-Basement-Membrane-Syndrome, sowie (laut Akten) ein Status nach chronischem C2-Abusus verbunden mit Vitamin B12- und Vitamin D-Mangel genannt. Dem Versicherten wurde eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer leichten Arbeit attestiert (IV-act. 11-1 ff.).

A.e Am 23. September 2010 erstatteten die Ärzte des Departements Innere Medizin des Spitals C.___, in welchem der Versicherte vom 14. bis 23. September 2010 hospitalisiert war, dem Hausarzt Dr. med. D.___, Facharzt Innere Medizin, Bericht (IV-



St.Galler Gerichte

act. 21-1 ff). Sie diagnostizierten eine bilaterale, parazentrale und segmentale Lungenembolie, einen Vitamin B12-Mangel (Anamnese), eine glomeruläre Mikrohämaturie und Mikroalbuminurie ED 08/07 sowie einen Verdacht auf Kontaktallergie (Allergen unklar).

A.f In einem Früherfassungs-Assesment-Protokoll vom 11. November 2010 wurde ausgeführt, es laufe ein therapeutischer Arbeitsversuch im Rahmen eines Nischenarbeitsplatzes jeweils am Montag, Mittwoch und Freitag für jeweils zwei Stunden. Der Versicherte sei laut dem IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) in der bisherigen Tätigkeit auf Dauer zu 100 % arbeitsunfähig. In einer rückenadaptierten Tätigkeit werde jedoch von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Der Versicherte sehe sich nicht in der Lage 100 % zu arbeiten, obwohl er gerne arbeiten würde. Er habe schon Mühe, drei Tage à zwei Stunden zu arbeiten (IV-act. 32-1 ff.).

A.g Am 14. Januar 2011 fand eine Untersuchung durch den Kreisarzt der Suva, Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Allgemein- und Unfallchirurgie, statt. Dieser diagnostizierte eine komplette Berstungsfraktur LWK 1 vom 26. Oktober 2009, einen Status nach dorsaler Spondylodese Th12 bis L2 am 9. November 2009 und ventrale Spondylodese Th12/L2 mit Korporektomie L1 sowie Implantation eines mit Eigenknochen gefüllten Cages am 13. November 2009 sowie eine verbliebene Belastungs- und Bewegungseinschränkung und Schmerzhaftigkeit bei Druck auf Schraubenkopf. Dr. E.____ führte aus, dass subjektiv unveränderte Beschwerden beim Beschwerdeführer seit Monaten Belastung verunmöglichen würden und Ruheschmerzen bestünden, die vor allem durch Drehbewegungen oder abrupte Bewegungen verschlimmert würden. Die Unfallfolgen seien dauernd und erheblich und würden später bei Abschluss eine Integritätsentschädigung begründen. Dr. E.____ attestierte eine medizinisch zumutbare vollschichtige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten ohne Einnahme von Zwangshaltungen und bei möglichen Wechselpositionen unter Vermeiden von Aussetzen an Vibrationen und rotierenden Bewegungen des Rumpfes wie auch statisches Stehen (IV-act. 36-3).

A.h Mit Schreiben vom 20. Januar 2011 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass ihm Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt werde (IV-act. 34-1 f.). In der Folge wurden berufliche Abklärungen bei F.____ in die Wege geleitet. Obwohl für



drei Monate geplant (vgl. IV-act. 41-1), wurde die Massnahme vorzeitig abgebrochen (IV-act. 46-1). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete G.____, Leiterin Fachstelle Integration des F.____, am 22. Februar 2011 einen Schlussbericht über die berufliche Abklärung in der Zeit vom 31. Januar 2011 bis 18. Februar 2011. Im Wesentlichen wurde ausgeführt, der Versicherte sei am 18. Februar 2011 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Er habe seine Präsenzzeiten von Montag bis Donnerstag jeweils morgens für Arbeitstätigkeiten im Bereich Abpack- und Versandarbeiten eingehalten, jedoch klar zurückgemeldet, dass er damit an seine körperlichen Leistungsgrenzen stosse. Die Arbeiten, die sich für den Versicherten allenfalls anböten, hätten rückschonend und einfach in den Abläufen zu sein (IV-act. 43-2 ff.).

A.i Der RAD-Arzt Dr. med. H.____ hielt am 23. März 2011 in einer internen Notiz fest, dass nach wie vor reine Unfallfolgen vorlägen. Die Suva gehe nach der stationären "Begutachtung" (gemeint wohl: Aufenthalt) in Bellikon und der kreisärztlichen Untersuchung von einer dauerhaften 100 %igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus; rückenadaptiert sei eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zumutbar (IV-act. 44-1).

A.j Mit Schreiben vom 6. Mai 2011 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Mitteilung betreffend Kostengutsprache vom 1. März 2011 infolge Abbruchs der beruflichen Massnahmen per 18. Februar 2011 aufgehoben würde. Betreffend Rente erhalte er später eine separate Verfügung (IV-act. 51-1 f.).

A.k Mit Vorbescheid vom 16. Mai 2011 stellte die IV-Stelle bei einem Invaliditätsgrad von 30 % die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 54-1 f.).

A.l Dagegen erhob der Versicherte am 19. Mai 2011 Einwand. Er beantragte aufgrund seiner beträchtlichen gesundheitlichen Einschränkungen sinngemäss eine Invalidenrente (IV-act. 55-1).

A.m Mit Verfügung vom 25. Mai 2011 lehnte die IV-Stelle den Antrag des Versicherten auf eine Invalidenrente ab. Da der Invaliditätsgrad bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierter Tätigkeit lediglich 30 % betrage, bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 57-1 f.).



B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die am 6. Juni 2011 erhobene Beschwerde, in welcher der Beschwerdeführer sinngemäss beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung führt der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, seit der Reha sei keine genügende Abklärung hinsichtlich einer adaptierten Arbeitstätigkeit erfolgt. Er wisse auch nicht, in welchen Tätigkeiten er mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen überhaupt arbeiten könne. Er habe (wegen einer Lungenembolie?) zweimal einen Herzstillstand überlebt; das Überleben sei bei einem allfälligen dritten fraglich (vgl. auch Bericht "Mein Unfall" bei act. G 5.1.1). Er sei vom Arzt zu 100 % krankgeschrieben worden, dürfe seit dem 27. Oktober 2009 keine körperliche Arbeit mehr ausführen (act. G 5.1.1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 16. September 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, dem Beschwerdeführer sei eine leichte, wechselbelastende Arbeit ganztags zumutbar. Es sei nicht einzusehen, wieso die Beurteilung der Rehaklinik Bellikon nicht mehr gültig sein solle. Der Tabellenlohn für Hilfsarbeiter habe 2008 bei einer üblichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche Fr. 59'979.-- betragen. Es sei von einem Invalideneinkommen in dieser Höhe auszugehen. Da der Beschwerdeführer Schweizer Bürger sei und über eine langjährige berufliche Erfahrung verfüge, werde er trotz der qualitativen Anforderungen an eine leidensadaptierte Arbeit keine Erwerbseinbusse erleiden. Ebenfalls im Jahr 2008 habe der Beschwerdeführer als Hauswart Fr. 84'080.-- verdient; dieser Lohn sei als Valideneinkommen zu berücksichtigen. Die Erwerbseinbusse betrage daher Fr. 24'101.--, was einem IV-Grad von 28,66 % entspreche. Der Beschwerdeführer habe somit keinen Rentenanspruch (act. G 7).

B.c Am 10. Oktober 2011 erstattete der Beschwerdeführer mit nicht unterzeichnetem Schreiben Replik (act. G 9). Mit Brief vom 7. November 2011 (act. G 14) behob der Beschwerdeführer diesen formellen Mangel (act. G 14.1). Er führte im Wesentlichen sinngemäss aus, in Bellikon habe nie eine Untersuchung, sondern nur ein Gespräch stattgefunden. Er wolle wieder arbeiten. Jedoch habe er anlässlich des Arbeitsversuchs beim F.____ nur noch mehr Schmerzen als bis anhin verspürt. Auch sei diese Tätigkeit



St.Galler Gerichte

nicht adaptiert gewesen. Er habe eine Untersuchung bei einer unabhängigen Institution gefordert, was ihm jedoch unter Verweis auf die hohen Kosten und sein Alter verwehrt worden sei. Er sei 63 Jahre alt und daher noch nicht im ordentlichen Pensionsalter (act. G 9).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 12).

B.e Mit Schreiben vom 7. Januar 2012 (act. G 16) legte der Beschwerdeführer den Unfallschein UVG der SuvaCare mit Dateneintragungen der jeweiligen Attestierung einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in der Zeit vom 28. Oktober 2009 bis 6. Januar 2012 durch den Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. D.____, ins Recht (act. G 16.1).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2012 sind die im Zug des ersten Teils der 6. Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Der zu beurteilende Sachverhalt beschlägt den Zeitraum vor Inkrafttreten des ersten Teils der 6. IV-Revision. Da sich die Definition der Invalidität und die damit zusammenhängenden Begriffe mit diesen Revisionen nicht geändert haben, werden nachfolgend die seit dem 1. Januar 2012 gültigen Bestimmungen wiedergegeben.

2.

2.1 Invalidität im Sinne von Art. 8 ATSG ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG, wenn die versicherte Person



mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 % invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % vor, wird eine halbe Rente zugesprochen und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eine Viertelsrente. Eine Invalidität von weniger als 40 % wird von der Invalidenversicherung rentenmässig nicht entschädigt.

2.2 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung hat das Gericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist deshalb allein entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Rechtsprechungsgemäss kommt einem Gutachten oder anderen medizinischen Beurteilungen schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen; es muss nicht feststehen, dass die medizinischen Beurteilungen effektiv nicht den Tatsachen entsprechen, was nicht mit medizinischen Fachpersonen besetzte Behörden in der Regel nicht beurteilen können (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. Oktober 2002, I 779/01, E. 4.2).

3.

Zu klären ist vorweg die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt.



3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsleistung des Beschwerdeführers auf die interne Aktennotiz des RAD-Arztes Dr. H.____ vom 23. März 2011 (IV-act. 44-1) und das Triage-Protokoll nach Grundsatzentscheid vom 24. März 2011 unter Beteiligung von Dr. H.____ als Vertreter der medizinischen Sicht (IV-act. 46-1 f.). Dieser wiederum stützte seine Einschätzung einerseits auf den Bericht des Suva-Kreisarztes vom 14. Januar 2011 (IV-act. 36-1 ff.). Der Bericht umfasst eine Erhebung der Anamnese, die Angaben des Patienten, den Befund, die Röntgenbilder sowie die Beurteilung. Der Bericht ergab, dass aktuell die medizinische Zumutbarkeit, wie auch schon im Bericht Bellikon formuliert, vollschichtig für leichte Tätigkeiten ohne Einnahme von Zwangshaltungen und günstigerweise in Wechselpositionen, unter Vermeidens von Aussetzen an Vibrationen und rotierenden Bewegungen des Rumpfes wie auch statisches Stehen, gegeben sei. Der weitere Verlauf würde dann zeigen, inwiefern auch noch allenfalls manchmal mittelschwere Tätigkeiten, vor allem in Tischhöhe, möglich sein würden (IV-act. 36-3). Andererseits stützte sich Dr. H.____ bei seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung auf den Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 23. August 2010, in welcher der Beschwerdeführer in der Zeit vom 14. Juli 2010 bis 18. August 2010 hospitalisiert war (IV-act. 11-1 ff.). Der Austrittsbericht diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine LWK1-Fraktur, ein lumbovertebrales Syndrom, eine Osteoporose, eine glomeruläre Mikrohämaturie und Mikroalbuminurie DD Thin-Basement-Membrane-Syndrome sowie laut Akten einen Status nach chronischem C2-Abusus, verbunden mit Vitamin B12- und Vitamin D-Mangel. Als Probleme bei Austritt werden belastungsverstärkte lumbale Schmerzen sowie eine Suchtanamnese genannt (IV-act. 11-1). Im Austrittsbericht Bellikon wird ausgeführt, dass dem Beschwerdeführer die bisherige berufliche Tätigkeit als Hauswart beim Amt für Militär nicht mehr zumutbar sei. Die Anforderungen seien zu hoch, da es sich um eine mittelschwere rückenbelastende Tätigkeit handle. Der Beschwerdeführer sei für diese Tätigkeit seit dem 18. August 2010 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Eine wechselbelastende (d.h. keine rein gehend oder stehend zu verrichtende) Tätigkeit ohne häufig vorgeneigte Rumpfhaltung sowie ohne Erfordernis, schnell laufen zu müssen, und ohne unerwartete asymmetrische Lasteinwirkungen sei dem Beschwerdeführer jedoch ganztags zumutbar. Aufgrund der längeren Arbeitsunfähigkeit wurde ein erleichterter Einstieg empfohlen: Vorerst noch reduzierte Arbeitsleistung an 5 Tagen in der Woche jeweils à drei Stunden, dann in vierwöchigen



Abständen eine Steigerung auf halbtags, dann auf sechs Stunden am Tag und letztlich ganztags, d.h. innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen sukzessive Erhöhung der Arbeitsleistung bis zum Vollpensum im Rahmen des Zumutbaren (IV-act. 11-2).

3.2 Der Beschwerdeführer hält in der Hauptsache dagegen, dass seit seinem Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon keine genügende Abklärung hinsichtlich einer adaptierten Arbeitstätigkeit erfolgt sei. Zudem habe er eine Untersuchung bei einer unabhängigen Institution gefordert, was ihm jedoch unter Verweis auf die hohen Kosten und sein Alter verwehrt worden sei.

4.

4.1 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt zunächst ins Gewicht, dass die Beschwerdegegnerin keinen aktuellen Bericht des Hausarztes eingeholt hat. Es finden sich zwar zwei ärztliche Berichte von Dr. D. ___ vom 22. Dezember 2009 und 3. Juni 2010 sowie eine Telefonnotiz vom 1. Juni 2010 in den Suva-Akten (nicht nummerierte Fremdakten, act. G 7.2). Diesen kann jedoch keine Arbeitsfähigkeitsschätzung bezüglich einer zumutbaren Tätigkeit entnommen werden; Dr. D. ___ äussert sich im Telefongespräch mit der Case Managerin des Kantons St. Gallen vom 1. Juni 2010 nur bezüglich eines Arbeitsversuchs, ohne dass er eine konkrete Leistungseinschätzung abgegeben hätte. Das Einholen eines aktuellen Hausarztberichtes vor Verfügungserlass wäre jedoch namentlich auch mit Blick auf die nach dem Unfall vom 26. Oktober 2009 zusätzlich eingetretenen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers (Lungenembolien) auf jeden Fall erforderlich gewesen.

4.2 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsschätzung durch Dr. H. ___ sowohl in seiner Aktennotiz vom 23. März 2011 als auch als Vertreter der medizinischen Sicht im Triage-Protokoll nach Grundsatzentscheid vom 24. März 2011, auf welche sich die angefochtene Verfügung vom 25. Mai 2011 stützt, ist zunächst zu bemerken, dass keine medizinische Untersuchung, Befunderhebung, Diagnosestellung sowie Arbeitsfähigkeitsschätzung durch den RAD erfolgte. Eine umfassende ärztliche Untersuchung und ein anschliessender Bericht durch den RAD oder durch eine externe Begutachtungsstelle wären jedoch aufgrund der Tatsache, dass der



Beschwerdegegnerin im Verfügungszeitpunkt nicht einmal ein aktueller Hausarztbericht vorgelegen hat, umso notwendiger gewesen. Im Weiteren führte Dr. H.____ in seiner Aktennotiz vom 23. März 2011 aus, dass nach wie vor reine Unfallfolgen vorlägen. Es ist unklar, wie der RAD-Arzt zu dieser Schlussfolgerung kommt. Im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 23. August 2010 wurde nämlich ausgeführt, dass die Beurteilung der Zumutbarkeit einer Tätigkeit im angestammten und adaptieren Bereich ausschliesslich aus "unfallkausaler Sicht" erfolge (IV-act. 11-2). Damit erscheint der Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon für eine medizinische Abklärung im Bereich der Invalidenversicherung keineswegs umfassend und nicht die richtige Grundlage für die Arbeitsfähigkeitsschätzung zu sein. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer am 14. September 2010 eine Lungenembolie erlitt (vgl. Arztbericht des Departements Innere Medizin des Spitals C.____ vom 23. September 2010, IV-act. 21-1 ff.). Mögliche Auswirkungen der Lungenembolie auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers konnten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon im Austrittsbericht vom August 2010 somit noch gar nicht mitberücksichtigen. Der Suva-Kreisarzt erwähnt zwar in seinem Bericht vom 14. Januar 2011 die Lungenembolie (IV-act. 36-1), nennt sie aber weder als Diagnose noch im Zusammenhang mit der zumutbaren Arbeitsfähigkeitsschätzung. Es ist mithin nicht eruierbar, ob der Kreisarzt die Lungenembolie wegen fehlender Unfallkausalität oder fehlender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (bei wohl vermuteter vollständiger Ausheilung) in seiner Beurteilung unberücksichtigt liess. Auf jeden Fall hätte die Beschwerdegegnerin zumindest die allfälligen Auswirkungen der Lungenembolie auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (nochmals) ärztlich abzuklären gehabt, auch wenn aus dem Arztbericht des Departements Innere Medizin des Spitals C.____ vom 23. September 2010 hervorgeht, dass der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und subjektivem Wohlbefinden am 23. September 2010 nach Hause entlassen worden sei (IV-act. 21-2). Diesbezügliche weitere Abklärungen, die unterlassen wurden, rechtfertigen sich umso mehr, als der Beschwerdeführer im April 2011 offenbar eine weitere Lungenembolie hatte. Im Weiteren gibt es aufgrund der Akten auch Anhaltspunkte für eine psychische Beeinträchtigung.

4.3 Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass weder die ärztliche Beurteilung des RAD noch die sich in den Akten befindenden Arztberichte eine ausreichend zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustands und der unter



invalidenversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten massgeblichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung, 25. Mai 2011) zulassen. Der Sachverhalt erweist sich als ungenügend abgeklärt.

5.

5.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 25. Mai 2011 teilweise gutzuheissen, und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

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^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 E. 6). Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 25. Mai 2011 aufgehoben. Die Sache wird zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.