



**Fall-Nr.:** IV 2011/96  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 21.02.2013  
**Entscheiddatum:** 21.02.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 21.02.2013**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Rückweisung zur psychiatrischen Begutachtung und erneuter interdisziplinärer Würdigung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 21. Februar 2013, IV 2011/96).**

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, a.o. Versicherungsrichterin Gertrud Condamin-Voney, Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

#### **Entscheid vom 21. Februar 2013**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Duri Poltera, Hadwigstrasse 6a, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich gemäss Anmeldebestätigung im Mai 2009 zum Bezug von IV-Leistungen an, da er seit sieben Jahren psychisch krank sei (act. G 4.1 und G 4.2). Der behandelnde Arzt der Clenia Littenheid AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, wo der Versicherte zur stationären Behandlung vom 25. November bis 5. Dezember 2008 (vgl. hierzu Austrittsbericht vom 16. Dezember 2008, act. G 4.22-8 ff.) und vom 1. Juni bis 10. Juli 2009 (vgl. hierzu Austrittsbericht vom 9. Juli 2009, act. G 4.22-14 f.) weilte, berichtete am 23. Juni 2009, der Versicherte leide mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1), und an einer Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.2). Des Weiteren bestehe ein Verdacht auf eine Angststörung. Diese Leiden bestünden seit mindestens 5 Jahren (act. G 4.18). Vom 18. bis 20. April 2009 wurde der Versicherte auf der Krisenstation des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen behandelt, welches als Diagnose eine Benzodiazepinabhängigkeit angab (act. G 4.22.12 f.).

A.b Die behandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.24), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.26), einen Verdacht auf eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F31.31) sowie eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung nach Sedativa und Alkohol (ICD-10: F13.71). Für die angestammte Tätigkeit als Chauffeur bescheinigte sie dem Versicherten ab 1. Mai 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Andere Tätigkeiten seien dem Versicherten zurzeit nicht zumutbar (Bericht vom 20. August 2009, act. G 4.22). Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin und Chirurgie, stellte im Bericht vom 11. September 2009 folgende Diagnosen: eine akute Psychose, einen Hirnparenchymdefekt links mit anschliessender Visusminderung, ein linksbetontes beidseitiges Impingement-Syndrom



## St.Galler Gerichte

beider Schultern, ein rezidivierendes lumbosacrales Schmerzsyndrom und eine Depression. Der Versicherte sei für jegliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig (act. G 4.26).

A.c Der seit 1. September 2009 ambulant behandelnde Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11, F33.2) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine intermittierende Akzentuierung der emotional instabilen Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) sowie ein Benzoabusus (ICD-10: F13.25). Der Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig (Bericht vom 18. September 2009, act. G 4.27).

A.d Am 10. März 2010 wurde der Versicherte orthopädisch-psychiatrisch im Medizinischen Gutachtenzentrum St. Gallen (MGSG) untersucht. Im Gesamtgutachten vom 1. April 2010 stellten die Experten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: eine Osteochondrose und Unkarthrose C3-7 und foraminale Diskushernie C4/5 rechts mit mässiger Spondylarthrose und leichter Nervenwurzelkompression C5 rechts sowie Diskushernie C5/6 beidseits foraminal mit mässiger Spondylarthrose und leichter Kompression der Nervenwurzel C6 beidseits; eine Diskushernie L5/S1 mit Kompression der Nervenwurzel S1 links bei conjoint root L5/S1 links; eine Adipositas; eine rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden, bestehend seit etwa 2006 (ICD-10: F33.0, F33.10) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika mit Abhängigkeitssyndrom, bestehend seit etwa 2004 (ICD-10: F10.2). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei u.a. ein Zustand nach rezidivierendem Alkoholabusus (ICD-10: F10.00). Für die angestammte Tätigkeit bescheinigten die Gutachter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine leidensangepasste Tätigkeit habe von Mai 2008 bis November 2009 eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden und ab Dezember 2009 verfüge der Versicherte aufgrund der verbesserten psychischen Situation über eine 70%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 4.44). Der RAD-Arzt hielt das MGSG-Gutachten in der Stellungnahme vom 16. Juli 2010 für beweiskräftig (act. G 4.49).



## St.Galler Gerichte

A.e Gestützt auf die gutachterlich bescheinigte 70%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten und unter Gewährung eines 10%igen Tabellenlohnabzugs ermittelte die IV-Stelle im Feststellungsblatt vom 5. August 2010 einen Invaliditätsgrad von 47% (act. G 4.53). In der Stellungnahme zum Feststellungsblatt vom 12. August 2010 empfahl der zuständige Mitarbeiter der IV-Stelle ein Triagegespräch mit dem RAD, da eine leichte depressive Episode in der Regel zu keiner "rententangierenden" Invalidität führe und die bescheinigte 30%ige Arbeitsfähigkeit daher näherer Abklärung bedürfe (act. G 4.56). Anlässlich der Besprechung mit dem RAD kamen die Beteiligten zum Schluss, dass von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen sei (ELAR-Notiz vom 17. August 2010, act. G 4.57).

A.f Am 17. August 2010 reichte Dr. B.\_\_\_\_ das Formular E 213, "Ausführlicher ärztlicher Bericht", der IV-Stelle ein. Sie diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), eine Borderline Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit einem episodischen Substanzgebrauch (ICD-10: F26), ein Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom mit einem ständigen Substanzgebrauch (ICD-10: F13.25). Der Krankheitsverlauf sei sich verschlechternd. Für leichte körperliche Tätigkeiten in einem geschützten Rahmen verfüge der Versicherte über eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 4.63 und -61).

A.g Mit Vorbescheid vom 19. August 2010 stellte die IV-Stelle dem Versicherten auf der Grundlage einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten in Aussicht, das Rentenbegehren abzuweisen (act. G 4.60). Am 31. August 2010 reichte der Versicherte der IV-Stelle eine E-Mail von Dr. B.\_\_\_\_ vom 31. August 2010 ein, worin sie sich zum Gesundheitszustand des Versicherten äusserte (act. G 4.64). Gegen den Vorbescheid vom 19. August 2010 erhob der Versicherte am 20. September 2010 Einwand. Er beantragte darin die Zusprache einer ganzen IV-Rente ab Mai 2009. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen (act. G 4.66). In der Stellungnahme vom 26. Januar 2011 vertrat der RAD die Auffassung, der Versicherte verfüge unter Weglassung der Suchtproblematik für leidensangepasste Tätigkeiten über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 4.69).



A.h Die IV-Stelle verfügte am 2. Februar 2011 die Abweisung des Rentengesuchs (act. G 4.70).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 2. März 2011. Der Beschwerdeführer beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung sowie die Zusprache einer ganzen IV-Rente mit Wirkung ab Mai 2009. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht überzeuge. Ferner sei ein Tabellenlohnabzug von mindestens 15% bei der Bestimmung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen. Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, dass die IV-Anmeldung am 13. Mai 2008 erfolgt sei (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 11. April 2011 die Abweisung der Beschwerde. Sie stellt sich darin unter Hinweis auf die Einschätzungen des RAD auf den Standpunkt, dass das Gutachten in der Tat zu wünschen übrig lasse. Mit der Suchtproblematik könne eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht begründet werden. Da auch das depressive Leiden des Beschwerdeführers keine invalidisierende Wirkung habe, sei lediglich die somatisch bescheinigte 10%ige Arbeitsunfähigkeit bei der Bestimmung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen. Das Valideneinkommen sei zu hoch ermittelt worden. Es sei ein Prozentvergleich vorzunehmen, wobei selbst bei einem Tabellenlohnabzug von 15% kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultiere (act. G 4).

B.c Der Beschwerdeführer hat auf eine Replik verzichtet (vgl. act. G 6).

B.d Am 23. April 2012 reicht der Beschwerdeführer einen Kurzaustrittsbericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 31. August 2011 ein, wo er wegen unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen vom 29. bis 31. August 2011 hospitalisiert war, sowie einen Austrittsbericht der Clenia Littenheid AG vom 18. April 2012, wo sich der Beschwerdeführer vom 8. bis 30. März 2012 erneut in stationärer Behandlung befand (act. G 7). Mit Schreiben vom 19. November 2012 legt der



Beschwerdeführer einen Kurzaustrittsbericht des Departements Innere Medizin des KSSG vom 6. November 2012 ins Recht, wo er vom 4. bis 6. November 2012 hospitalisiert war. Der dort behandelnde Arzt diagnostizierte eine schwere depressive Störung (ICD-10: F33.2), aktuell: erneute psychische Dekompensation sowie einen Status nach Thrombosierung Vena saphena magna beidseits (09/2012; act. G 9).

Erwägungen:

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). 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). Gemäss ständiger Rechtsprechung begründen Alkohol- oder Drogensucht für sich allein keine Invalidität, sondern nur in Verbindung mit einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden geistigen, körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der zur Sucht geführt hat oder als deren Folge eingetreten ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 313/06 vom 6. Februar 2007, E. 2.3 mit Hinweisen).

1.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). 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). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C\_73/2011, E. 4.1). Wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, kann das Gericht die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen.

2.

Zunächst ist im Hinblick auf den frühest möglichen Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG) der umstrittene Zeitpunkt der IV-Anmeldung zu bestimmen. Der Beschwerdeführer bringt vor, die Anmeldung sei am 13. Mai 2008 erfolgt, die Anmeldebestätigung hingegen erst am 18. Mai 2009 (act. G 1, S. 4). Zwar lässt der Schriftzug der Jahresangabe durch den Beschwerdeführer einen gewissen



Interpretationsspielraum zu (2008 oder 2009?). Dem Beschwerdeführer ist allerdings entgegenzuhalten, dass die IV-Anmeldung mehrere Angaben enthält, die sich auf einen Zeitpunkt nach dem 13. Mai 2008 beziehen (vgl. etwa Dauer Arbeitslosigkeit ab 1. Juni 2008 bis heute, act. G 4.1-5; Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ vom 23. April 2009 bis auf weiteres, act. G 4.1-6). Es ist daher ohne weiteres - mit der Eingangsbestätigung durch die Beschwerdegegnerin - davon auszugehen, dass die IV-Anmeldung am 13. Mai 2009 erfolgt ist.

3.

Zu prüfen bleibt damit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der rentenabweisenden Verfügung vom 2. Februar 2011 auf das Triagegespräch mit dem RAD vom 17. August 2010 (act. G 4.57) sowie die RAD-Stellungnahme vom 26. Januar 2011 (act. G 4.69).

3.1 In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass sowohl die Beschwerdegegnerin ("In der Tat lässt das bemängelte Gutachten zu wünschen übrig.", act. G 4, S. 3, Ziff. 2; zur Kritik der unzureichenden Suchtabklärung siehe RAD-Stellungnahme vom 26. Januar 2011, act. G 4.69; vgl. auch act. G 4.57 mit Hinweis u.a. auf die Rentenbegehrlichkeit und fehlende Motivation des Beschwerdeführers) als auch der Beschwerdeführer (fehlende gesundheitliche Verbesserung, Widersprüche zur medizinischen Voraktenlage, instabiler Gesundheitszustand, act. G 1, S. 2 f.) die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für nicht beweiskräftig halten. Dabei bezieht sich die Kritik einzig auf das psychiatrische Teilgutachten.

3.1.1 Der Sichtweise der Parteien bezüglich der fehlenden Aussagekraft des psychiatrischen Teilgutachtens ist zu folgen. Gegen den psychiatrischen Teil des Gutachtens spricht die lediglich oberflächliche Abklärung der Suchtproblematik. Allein aufgrund der im Zusammenhang mit der allfälligen Benzodiazepin- und Alkoholsucht beschriebenen "mangelnden Krankheitseinsicht, des Bagatellisierungs- und Verleugungsverhaltens" (act. G 4.44-37) hätte sich eine vertiefte Untersuchung aufgedrängt, zumal die Beschwerdegegnerin durch die suchtspezifische Fragestellung gerade auf die Bedeutung dieses Aspekts aufmerksam machte. Zudem mutet es als widersprüchlich an, wenn die nach der gutachterlichen Diagnosestellung seit etwa



2006 bestehende rezidivierende depressive Störung Ursache für das seit etwa 2004 bestehende Abhängigkeitssyndrom mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen sein soll (act. G 4.44-43 f. Ziffer 8.1 und 9.7). Das psychiatrische Gutachten vermag somit keine verlässliche Grundlage für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zu bilden, weshalb offen gelassen werden kann, ob die übrige Kritik zutrifft (etwa Widerspruch zur medizinischen Voraktenlage, act. G 1, S. 2 f.).

3.1.2 Die vom somatischen Gutachter vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung wurde vom Beschwerdeführer nicht kritisiert (vgl. act. G 1). Auch die Beschwerdegegnerin hält diese Beurteilung für beweiskräftig (act. G 4). Es ergeben sich auch keine Hinweise, die den Beweiswert des somatischen Teilgutachtens erschüttern.

3.2 Die Einschätzungen des RAD vom 17. August 2010 (act. G 4.57) und vom 26. Januar 2011 (act. G 4.69) vermögen das Fehlen einer beweiskräftigen psychiatrischen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht zu kompensieren. Sie beruhen nicht auf einer eigenständigen Untersuchung. Ferner stützt sich auch der RAD nicht auf Ergebnisse eines Benzoscreenings oder einer EGT/CDT, deren Fehlen er dem psychiatrischen Gutachter vorwirft. Des Weiteren scheint bei der RAD-Stellungnahme und den darin gemachten Vorwürfen der Selbstlimitation und Rentenbegehrlichkeit nicht berücksichtigt worden zu sein, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen (die Nackenschmerzen und die "abnormen Untersuchungsbefunde" der Halswirbelsäule sowie die lumbalen Schmerzen) objektiviert werden konnten (act. G 4.44-26). Eine schlüssige Auseinandersetzung mit den zahlreichen Einschätzungen der behandelnden psychiatrischen Fachpersonen ist in den RAD-Beurteilungen nicht enthalten. Schliesslich begründet der RAD-Arzt auch nicht nachvollziehbar, weshalb er zunächst die gutachterliche Beurteilung - trotz der von ihm bereits damals aufgezeigten Mängel - für voll beweiskräftig ("Beide GA [...] genügen in vollem Umfang den versicherungsmedizinischen Anforderungen [...]"), Stellungnahme vom 16. Juli 2010, act. G 4.49), später aber für nicht nachvollziehbar hielt (Stellungnahme vom 26. Januar 2011, act. G 4.69). Vor diesem Hintergrund bestehen erhebliche Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch den RAD. Die Sache ist daher - wie vom Beschwerdeführer beantragt (act. G 1) - an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen,



damit sie eine erneute psychiatrische Begutachtung in Auftrag gebe. Die zu beauftragende psychiatrische Fachperson wird nach Vornahme der Begutachtung zusammen mit dem somatischen Gutachter des MGSG eine interdisziplinäre Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit vorzunehmen haben. Schliesslich hat die Beschwerdegegnerin erneut über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu befinden. Je nach Ergebnis des Gutachtens wird die Beschwerdegegnerin zu prüfen haben, ob zur Überwindung einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Suchtsymptomatik Massnahmen der Schadenminderung im Rahmen von Art. 21 ATSG anzuordnen sind.

4.

Da sich die Angelegenheit als noch nicht spruchreif erweist, ist die umstrittene Frage nach der korrekten Bestimmung der Vergleichseinkommen offen zu lassen.

5.

5.1 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2011 aufzuheben. Die Sache ist zur ergänzenden Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss des Beschwerdeführers von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.

5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtet. Der



## St.Galler Gerichte

Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2011 aufgehoben. Die Sache wird zur ergänzenden Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.