



**Fall-Nr.:** IV 2012/38  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 16.08.2019  
**Entscheiddatum:** 17.12.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.12.2013**

**Art. 28 IVG. Würdigung der medizinischen Aktenlage aus somatischer und psychiatrischer Sicht. Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung; psychische Komorbidität fraglich. Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Dezember 2013, IV 2012/38).**

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

#### **Entscheid vom 17. Dezember 2013**

in Sachen

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rudolf Sutter, Toggenburgerstrasse 24, 9500 Wil,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend

**Rente**



### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 24. April 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, hatte gemäss einem Frühinterventions(FI)-Gesprächsprotokoll des RAD vom 6. Mai 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: Status nach Epicondylitis-OP 01/09 rechts und 03/07 links, Status nach Hammerzehen-OP beidseits 05/08 sowie Status nach Handwurzelfraktur links bei Velosturz 08/08. Er hatte angegeben, der Versicherte sei in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, ohne repetitive manuelle Tätigkeiten, ohne besondere Kraftanstrengung der Hände und ohne Heben und Tragen von schweren Lasten für 8 Stunden pro Tag arbeitsfähig. In der angestammten Tätigkeit sei das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit fraglich (vgl. IV-act. 9, 12).

A.b Am 26. Mai 2009 berichtete der Arbeitgeber des Versicherten, die A.\_\_\_\_ GmbH, dass der Versicherte seit dem 13. Februar 2006 als Maschinenbediener in der Waschanlage mit einem vollen Pensum (42 Stunden pro Woche) tätig sei. Diese Tätigkeit übe er auch nach Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin aus. Dazu gehörten das Kistenheben mit dem Kran, das Umfüllen der Kisten mit Schneidezahnmagazinen sowie das Fahren mit einem Deichselstapler. Seit dem 14. Januar 2009 bestehe eine dauernde krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, welche seit dem 18. Mai 2009 und bis auf Weiteres 25% betrage (IV-act. 16).

A.c Gemäss seinem Bericht vom 6. Oktober 2009 führte der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: Status nach Epicondylitis-OP mit aktuell persistierenden Schmerzen beidseits, Morton Fuss beidseits bei Status nach Hohmann-OP III und IV von 2008 und Status nach Metatarsale-Verkürzungs-Osteotomie II bis IV von 08/09 mit aktuell persistierenden Schmerzen in den Füessen beidseits, sowie eine seit 2009 bestehende reaktive Depression, aktuell leichtgradige Episode. Gestützt auf den Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) attestierte er eine 100%-



ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit vom 24. August bis 4. Oktober 2009 (IV-act. 26-42). Er hielt fest, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich durch die Schmerzen im Bereich beider Vorfüsse sowie beider Ellenbogen bedingt sei. Die bisherige Tätigkeit sei zurzeit nicht zumutbar. Hingegen sei der Versicherte in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne längeres Stehen zu 100% arbeitsfähig. Er erachte eine Beurteilung durch die behandelnden Orthopäden des KSSG für sinnvoll. Der Versicherte befinde sich noch in der medizinischen Phase, wobei das Remissionspotential noch nicht ausgeschöpft sei (IV-act. 26). Gemäss einem vom Hausarzt eingereichten Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie am KSSG vom 6. August 2009 hatte der Versicherte angegeben, dass die Operationen im Bereich des Epicondylus humeri radialis zu keinerlei Linderung der bereits seit mehreren Jahren bestehenden Schmerzen geführt hätten. Der behandelnde Arzt hatte festgehalten, dass der Versicherte im Anschluss an die Operation im Bereich des Ellenbogens beidseits mehrfach infiltriert worden sei, wodurch sich die Schmerzen ebenfalls nicht gebessert hätten. Die Beschwerden seien gemäss den Angaben des Versicherten vor allem im Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit besonders stark ausgeprägt. Schmerzmittel nehme der Versicherte aktuell keine ein. Da die bereits zahlreichen Therapiemassnahmen wie Physiotherapie, TENS, Ultraschall, Elektrotherapie, das Tragen eines Epicondylitisbrace und wiederholte Infiltrationen im Bereich beider Ellenbogengelenke zu keiner Besserung der Beschwerden geführt hätten und eine weitere operative Intervention als wenig erfolgsversprechend erscheine, sei aktuell wahrscheinlich ein relativer Endzustand erreicht. Es könnten dem Versicherten zurzeit keine weiteren therapeutischen Massnahmen angeboten werden (IV-act. 26-40). Bezüglich der Fussbeschwerden hatten die behandelnden Orthopäden des KSSG am 31. August 2009 berichtet, dass der Versicherte seit ca. 3 Jahren nach längeren Gehstrecken bestehende starke brennende Schmerzen im Bereich beider Füsse beklage. Die Voroperationen, namentlich die Hohmann-OP sowie die Infiltrationen, hätten keine Linderung gebracht. Am 25. August 2009 sei aufgrund der Diagnose eines Morton Fusses beidseits mit Überlänge Metatarsale II bis IV eine Metatarsale-Verkürzungs-osteotomie beidseits II bis IV durchgeführt worden. Nach einem komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf habe der Versicherte nach Hause entlassen werden können (IV-act. 26-41). Anlässlich einer Nachkontrolle vom 8. Oktober 2009 hielten die behandelnden Ärzte fest, der Versicherte beklage weiterhin



## St.Galler Gerichte

starke Schmerzen in beiden Vorfüssen, besonders beim Laufen. Als Befunde gaben sie eine starke Schwellung im Bereich beider Vorfüsse, Druckdolenz im Bereich der Operationsnarbe sowie Bewegungsschmerz der Digi II bis IV an. Sie attestierten eine zurzeit 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und setzten eine Verlaufskontrolle nach 6 Wochen an (IV-act. 27).

A.d In einem FI-Assessmentprotokoll vom 25. August 2009 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, es werde die Frage diskutiert, ob der Versicherte nach dem Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit am bisherigen oder einem adaptierten Arbeitsplatz eingesetzt werden könne. Am bisherigen Arbeitsplatz sei dem Versicherten bereits eine Tätigkeit in der Kettenendkontrolle angeboten worden, die der Versicherte jedoch ohne zu überlegen abgelehnt habe. Für einen vom Versicherten selbst gewünschten Einsatz in der Qualitätssicherung bringe er gemäss Arbeitgeber nicht die nötigen Fachkenntnisse und Ressourcen mit. Der Versicherte gehe davon aus, nicht mehr arbeiten zu können und zeige keinerlei Motivation (IV-act. 28).

A.e Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle hielt in einer Aktennotiz vom 16. November 2009 fest, dass der Gesundheitszustand des Versicherten instabil sei. Gemäss einem Verlaufsprotokoll der Eingliederungsverantwortlichen habe der Versicherte am 5. November 2009 mitgeteilt, dass er am 6. November 2009 wegen post-operativen Komplikationen ins Spital eintreten müsse. Zudem habe er angegeben, dass ihm der Arbeitgeber per 31. Januar 2010 gekündigt habe. Aufgrund des Spitaleintritts bestehe derzeit weder in der bisherigen noch in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit. Ob in absehbarer Zeit (ca. 6 Monaten) eine mindestens 50%-ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, sei nach dem bisherigen Krankheitsverlauf unsicher (IV-act. 29). Am 19. November 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 31).

A.f Am 26. Februar 2010 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_ von der Klinik für Orthopädische Chirurgie am KSSG einen Bericht. Er hielt fest, der Versicherte habe in der Sprechstunde vom 15. Dezember 2009 berichtet, dass die Schmerzsymptomatik im Bereich der Füße im Vergleich zu vor der Operation schlimmer geworden sei. Daraufhin sei am 5. Februar 2010 eine komplette Metallentfernung an beiden Füßen



## St.Galler Gerichte

nach stattgehabter Verkürzungsosteotomie des Metatarsale II bis IV beidseits durchgeführt worden. Prognostisch sei zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussage möglich. Von Seiten der Orthopädie seien die Verlaufskontrollen nach der kompletten Metallentfernung abgeschlossen (IV-act. 42).

A.g Zur Dokumentation des aktuellen Befundes und zur Klärung der Frage der Arbeits- resp. Eingliederungsfähigkeit des Versicherten nahm der RAD am 13. April 2010 eine Standortbestimmung vor. Gemäss dem entsprechenden Bericht vom 21. April 2010 waren ein persistierendes Schmerzsyndrom an beiden Füssen bei Status nach Verkürzungsosteotomie der Metatarsale II bis IV beidseits im August 2009 bei Morton-Anomalie beidseits und Metallentfernung im Februar 2010 sowie persistierende Schmerzen des rechten Epicondylus humeri radialis bei Status nach Denervationsoperation im Januar 2009 wegen therapieresistenter Epicondylitis diagnostiziert worden. Der RAD hielt bei der Beurteilung fest, dass bezüglich der Ellenbogen keine objektiven Funktionseinschränkungen bestünden. Bezüglich der anhaltenden Fussbeschwerden habe bisher keine organische Ursache gefunden werden können. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, die Belastbarkeit der Füsse sei eingeschränkt. Adaptiert seien deshalb nur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Sitzen, zumindest aber in Wechselbelastung, möglich. Aufgrund der persistierenden Schmerzen im rechten Ellenbogen bei bekannter chronischer Epicondylitis sollten Tätigkeiten mit häufiger, kraftvoller Beanspruchung des rechten Armes und der rechten Hand (Drehbewegungen oder Vibrationsbelastungen) vermieden werden. In einer solchen angepassten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 53).

A.h Am 9. Juni 2010 wurde der Versicherte von der Klinik für Neurologie des KSSG untersucht. Im Bericht wurde festgehalten, dass die Zuweisung des Versicherten zur neurologischen Abklärung seiner Schmerzsymptomatik, insbesondere im Hinblick auf eine Polyneuropathie erfolgt sei. Diesbezüglich berichte der Versicherte keine typische Symptomatik mit lediglich belastungsabhängigen, sockenförmigen Schmerzen beider Beine, jedoch ohne das Vorhandensein von Sensibilitätsstörungen oder motorischen Ausfällen. Auch zeige die klinisch-neurologische Untersuchung einen weitgehend unauffälligen Befund. Somit werde klinisch nicht von einer Polyneuropathie ausgegangen. Die belastungsabhängigen Schmerzen sprächen eher für eine



Claudicatio-Symptomatik, möglicherweise eine Claudicatio spinalis, wobei es sich auch hierfür nicht um eine typische Symptomatik handle (IV-act. 70).

A.i Am 26. November 2010 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, dass der Versicherte seit dem 25. Oktober 2010 in einem Einsatzprogramm über das RAV im E.\_\_\_\_ tätig sei. Dem Versicherten sei es bisher nicht möglich gewesen, länger als zwei Stunden im Einsatzprogramm zu verbleiben, wobei er in dieser Zeit eine gute Leistung erbringe. Er habe angegeben, bereits nach kurzer Zeit Sitzen, Stehen oder Gehen unter starken Schmerzen zu leiden. Diese seien von den Füßen bis in die Beine ziehend, verbunden mit Gefühllosigkeit und Schwellungen. Daneben sei er durch den rechten Ellenbogen limitiert. Der Versicherte erachte eine weitere Steigerung nicht mehr für möglich. Vor diesem Hintergrund könne keine Arbeitsvermittlung angeboten werden (IV-act. 72, 73).

A.j Mit einem Vorbescheid vom 3. Dezember 2010 wurde dem Versicherten die Abweisung

des Begehrens um berufliche Massnahmen in Aussicht gestellt (IV-act. 76).

Am 16. Dezember 2010 teilte der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Sutter, mit, dass er die mit dem Vorbescheid angekündigte Verfügung akzeptiere und bat um die Prüfung eines Rentenanspruchs. In diesem Zusammenhang legte er eine von der zuständigen Krankenkasse veranlasste vertrauensärztliche Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 24. Mai 2010 bei. Dieser hatte festgehalten, dass beim Versicherten insgesamt 3 Fussoperationen durchgeführt worden seien, dies unter der Diagnose eines Morton Fusses. Die Metatarsale-Verkürzungsosteotomie im August 2009 habe keinerlei Verbesserung des Beschwerdebildes gebracht. Die dabei eingesetzten Cerclagen und Verschraubungen seien mittlerweile entfernt worden. Bis zum heutigen Zeitpunkt leide der Versicherte unter erheblichen Schmerzen in beiden Füßen. Die Schmerzen hätten sich ausgeweitet und strahlten mittlerweile bis in den Beckenbereich beidseits aus. Bei der Untersuchung fänden sich Versteifungen der Zehen beider Füße und eine Verlagerung der Belastung auf beide Grosszehen. Der Versicherte trage orthopädische Schuhe, womit er laufen könne. Die Gehstrecke sei aber weiterhin eingeschränkt. Theoretisch bestehe beim Versicherten nach Ausbau der analgetischen Therapie eine Teilarbeitsfähigkeit für eine rein sitzend



ausgeübte Tätigkeit. Dies unter der Voraussetzung, dass eine befriedigende Schmerzmedikation gefunden werden könne. Anders als der RAD, welcher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für rein sitzende Tätigkeit attestiert habe, gehe er von einer maximalen Teilarbeitsfähigkeit von 50% aus. Dies auch unter Berücksichtigung der Ellenbogen. Die Einschränkung begründe sich durch chronifizierte Schmerzen und die erheblich eingeschränkte Mobilität. Auch wenn das gesamte Beschwerdebild des Versicherten durch die Fussproblematik allein nicht hinreichend erklärt werden könne, so liege aufgrund der gegenwärtigen Situation an beiden Füßen eine erhebliche Behinderung und eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle fussbelastenden Tätigkeiten vor. Mit einer Besserung des Zustandsbildes könne nicht mehr gerechnet werden; die Zehen seien versteift und die Schmerzen bis zu einem gewissen Mass plausibel. Bis auf die interdisziplinäre Schmerzsprechstunde seien keine weiteren somatischen Abklärungen angezeigt (IV-act. 82).

A.k Dr. med. G.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, hielt am 10. Dezember 2010 fest, dass beim Versicherten mit einem wahrscheinlich unsinnigen orthopädisch-chirurgischen Eingriff zusätzliche Probleme verursacht worden seien. Er gehe davon aus, dass am Beschwerdebild eine Polyneuropathie oder allenfalls eine dystrophische Muskel-erkrankung beteiligt sein könnte. Eine detaillierte neurologische Beurteilung sei in dieser Situation wichtig (IV-act. 84).

A.l Am 3. Februar 2011 wurde der Versicherte von Dr. med. H.\_\_\_\_, Neurologie FMH, untersucht. Dieser hielt in seinem Bericht vom 7. Februar 2011 fest, der klinisch-neurologische Untersuchungsbefund zeige beim Versicherten eine etwas hypertrophierte kleine Fussmuskulatur sowie eine Hypopathie im Bereich der Füße beidseitig. Die Reflexe seien seitengleich mittellebhaft auslösbar und das Vibrationsempfinden normwertig, so dass eine klinisch sehr ausgeprägte Polyneuropathie nicht nachweisbar sei. Eine elektrophysiologisch nachweisbare Neuropathie könne ausgeschlossen werden. Bezüglich der beklagten Schmerzen im Bereich der Unterarme bestehe aufgrund der klinischen Symptomatologie ein neuropathisches Schmerzsyndrom. Erwähnenswert sei beim Versicherten die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ II. Auf Grundlage der Anamnese bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit aktuell neuropathischen Schmerzen, möglicherweise im Rahmen einer diabetischen, vorwiegend sensiblen Polyneuropathie. Differentialdiagnostisch



könne eine small fibre-Erkrankung vorliegen. Durch die erfolgten operativen Massnahmen werde keine Linderung der neuropathischen Schmerzen eintreten. Es handle sich um ein Schmerzsyndrom, welches am ehesten im Bereich des zentralen Nervensystems getriggert werde, so dass schmerzmodulatorische Massnahmen notwendig seien. Zudem müsse der Diabetes mellitus optimal eingestellt werden, um das auch durch den Diabetes induzierte neuropathische Schmerzsyndrom ausreichend zu behandeln. Die beklagten Missempfindungen und das Taubheitsgefühl in der rechten Hand seien auf das ständige Tragen der Ellenbogengelenksmanschette zurückzuführen, wovon er dem Versicherten abgeraten habe (IV-act. 95-5). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. H.\_\_\_\_ am 25. Februar 2011 fest, dass aufgrund der klinischen Beschwerden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Aus neurologischer Sicht sei von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei eine körperlich leichte Tätigkeit ohne häufiges Stehen oder Laufen günstig wäre (IV-act. 95-1)

A.m Der RAD stellte am 30. März 2011 fest, dass die Ursache der Beschwerden an den Füssen und am rechten Ellenbogen nicht klar sei. Zur Abklärung, ob ein organisches Korrelat vorliege, werde ein neurologisches Konsilium empfohlen (IV-act. 96). Der damit beauftragte Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurologie FMH, erstattete am 17. Mai 2011 einen Bericht. Er hielt fest, es zeige sich in der klinisch-neurologischen Untersuchung eine diskrete Sensibilitätsstörung an den Füssen beidseits mit Hypalgesie und Thermahypästhesie sowie eine milde Pallhypästhesie. Im Gegensatz zum Vorbefund von 2010 werde das Vibrationsempfinden mit 3-4/8 angegeben. Die Ursache der leichten akral betonten Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten sei eine ausschliesslich sensible, demyelinisierende Polyneuropathie geringer Ausprägung. Die Nervenleitgeschwindigkeiten seien beidseits verzögert, so dass dieser Befund am ehesten zu einer diabetogenen Polyneuropathie passe. Die motorische Neurographie sei dagegen unauffällig. Die sensible Polyneuropathie begründe zwar die leichten Sensibilitätsstörungen an den Füssen, sei aber nicht hinreichend ausgeprägt, um die in der Anamnese geschilderte schwere Schmerzsymptomatik zu erklären. Auffällig sei, dass es sich im Wesentlichen um einen Belastungsschmerz handle, weniger um einen für Polyneuropathien typischen Ruheschmerz. Auch die Tatsache, dass die Beschwerden in keiner Weise durch bisherige medikamentöse und schmerzmodulatorische Therapien hätten beeinflusst werden können, spreche gegen



einen im Wesentlichen neuropathisch ausgelösten Schmerz. Vor diesem Hintergrund sei wahrscheinlich von einer überwiegend somatoformen Schmerzgenese auszugehen. Die vorliegende Polyneuropathie führe üblicherweise nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act.100-5).

A.n Gemäss einer Stellungnahme vom 6. Juni 2011 kam der RAD zum Schluss, dass die vom Versicherten angegebenen Schmerzen in den Füssen und im rechten Ellenbogen organisch nicht erklärt werden könnten. Es handle sich, wie von Prof. Dr. I. \_\_\_ erwähnt, um ein Phänomen auf nicht organisch-struktureller Grundlage. Damit seien aber die versicherungsmedizinischen Voraussetzungen nicht gegeben, um eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit anerkennen zu können. Die im RAD-Abklärungsbericht vom 21. April 2010 gemachten Angaben, wonach der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig, in einer adaptierten Tätigkeit jedoch 100% arbeitsfähig sei, hätten weiterhin Geltung. Der Beginn der andauernden Arbeitsunfähigkeit sei auf den Zeitpunkt der Kündigung durch den Arbeitgeber im Januar 2010 festzusetzen (IV-act. 101).

A.o Die IV-Stelle führte einen Einkommensvergleich durch, woraus sich ein Invaliditätsgrad von 0% ergab (IV-act. 103, 104). Mit einem Vorbescheid vom 24. Juni 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Zur Begründung führte sie an, dass gemäss den zur Verfügung stehenden Unterlagen eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit vorliege. Demzufolge könne er etwa das gleiche Jahreseinkommen erzielen wie bisher, womit kein Rentenanspruch bestehe (IV-act. 106). Gegen diesen Vorbescheid liess der Versicherte am 25. August 2011 Einwand erheben. Der Rechtvertreter führte darin aus, dass anlässlich der Nachkontrolle im KSSG am 3. Februar 2011 festgestellt worden sei, dass die Fussbeschwerden nicht nachgelassen hätten. Es sei eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 20% in einer adaptierten Tätigkeit attestiert worden. Bei der darauffolgenden Nachkontrolle vom 4. Juli 2011 hätten die behandelnden Ärzte für eine sitzende Tätigkeit mit regelmässiger Möglichkeit, die Beine hochzulagern, eine 20 - 40%-ige Arbeitsfähigkeit angegeben. Der Hausarzt habe in seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2011 ausgeführt, dass die beklagten Schmerzen ihr organisches Korrelat in den ursprünglich vorhandenen Hammerzehen, welche operativ behandelt worden seien, fänden. Es sei nicht auszuschliessen, dass eine somatoforme Aetiologie mitspiele,



## St.Galler Gerichte

diese sei als alleinige Ursache der Beschwerden jedoch unwahrscheinlich. Die Arbeitsfähigkeit habe der Hausarzt entsprechend der fachärztlichen Einschätzung auf 20 - 40% festgelegt. Somit beurteilten die behandelnden Ärzte die Restarbeitsfähigkeit des Versicherten fast einhellig auf 20 - 40%, womit der Versicherte Anspruch auf Rentenleistungen habe. Der Rheumatologe Dr. G.\_\_\_\_ habe in seiner Stellungnahme vom 12. August 2011 die Zuweisung des Versicherten zur Beurteilung an einen anerkannten Fusschirurgen wie Dr. med. J.\_\_\_\_ empfohlen (IV-act. 107). Dem Schreiben legte der Rechtsvertreter zwei Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie am KSSG vom 7. Februar und 6. Juli 2011, die Stellungnahme des Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2011 sowie einen Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 12. August 2011 bei (vgl. IV-act. 107-4 ff.).

A.p Der RAD stellte am 4. November 2011 zum Einwand des Rechtsvertreters fest, dass in den beigelegten medizinischen Berichten eine neurologische, mechanische (orthopädische) und teils somatoforme Ursache der Fusschmerzen beidseits postuliert werde. Aufgrund dieser Unterlagen allein könne eine mechanische Ursache nicht ausgeschlossen werden. Erforderlich sei das Ergebnis des von Dr. G.\_\_\_\_ empfohlenen fusschirurgischen Konsiliums bei Dr. J.\_\_\_\_ (IV-act. 110). In seinem Bericht vom 4. Oktober 2011 hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, Leitender Arzt Fusszentrum Orthopädische Klinik des Kantonsspitals Aarau, fest, dass der Versicherte von der Klinik für Orthopädische Chirurgie am KSSG am 4. Juli 2011 ausführlich untersucht und beurteilt worden sei. Da es sich offensichtlich nicht um eine orthopädische Problemstellung handle, sei die Durchführung einer schmerzmodularischen Therapie empfohlen worden. Seines Erachtens mache eine erneute Beurteilung aus orthopädischer Sicht bei offensichtlich fehlenden orthopädisch behandelbaren Problemen keinen Sinn (IV-act. 112). Der RAD folgerte am 14. Dezember 2011, dass somit die RAD-Stellungnahme vom 6. Juni 2011 weiterhin volle Gültigkeit habe. Es werde in diesem Zusammenhang auch auf das neurologische Konsilium von Prof. Dr. I.\_\_\_\_ vom Mai 2011 verwiesen. Weitere Abklärungen seien nicht indiziert (IV-act. 115). Mit einer Verfügung vom 14. Dezember 2011 wurde der Anspruch des Versicherten auf eine Rente abgewiesen (IV-act. 116).

B.



B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 24. Januar 2012. Darin beantragt der Beschwerdeführer die Aufhebung der Verfügung vom 14. Dezember 2011, die Zusprache einer ganzen, eventualiter einer halben Rente ab 1. November 2010 sowie subeventualiter die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz. Der Rechtsvertreter führt zur Begründung im Wesentlichen an, dass verschiedene Ärzte zu einer völlig anderen Arbeitsfähigkeitsschätzung als Prof. Dr. I. \_\_\_ in seinem Konsiliar-Gutachten vom 17. Mai 2011, worauf sich der RAD gestützt habe, gekommen seien. So sei Dr. F. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 24. Mai 2010 von einer maximalen Teilarbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen. In der Klinik für Orthopädie des KSSG sei dem Beschwerdeführer lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 20 - 40% in einer leidensadaptierten Tätigkeit attestiert worden. Auch der Hausarzt habe in seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2011 festgehalten, dass Arbeitsversuche in einer angepassten Tätigkeit eine Teilarbeitsfähigkeit bewiesen hätten. Eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit sei aus Sicht der orthopädischen Fachärzte und aus Sicht des Hausarztes nicht gegeben. Die Beschwerdegegnerin habe sich mit diesen ärztlichen Einschätzungen in keiner Weise auseinandergesetzt und habe ohne nähere Begründung weitere Abklärungen abgelehnt. Gegenstand einer erneuten Begutachtung müssten nun aber nicht die orthopädischen Probleme des Beschwerdeführers sein, sondern die Frage der Verwertbarkeit einer allfällig bestehenden Restarbeitsfähigkeit. Diese Verwertbarkeit sei vorliegend nicht gegeben. Auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt seien keine den Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers gerecht werdenden Stellen ersichtlich (act. G 1).

B.b Am 15. März 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie hält fest, es könne nicht auf den Bericht von Dr. F. \_\_\_ abgestellt werden, da dieser als Allgemeinmediziner nicht fachärztlich qualifiziert sei, die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden an den Füßen und am rechten Ellenbogen zu würdigen. Zudem habe dieser Arzt schwergewichtig auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt. Geltend gemachte Schmerzen dürften aber nur insofern in die Beurteilung miteinbezogen werden, als diese durch entsprechende Befunde hinreichend erklärbar seien, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei. Auch die Klinik für orthopädische Chirurgie stütze ihre pessimistische Arbeitsfähigkeitsschätzung von 20 - 40% nicht auf entsprechende Befunde ab.



## St.Galler Gerichte

Schliesslich vermöge auch die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. Dieser stelle bei seiner gegenüber früher geänderten, viel pessimistischeren Arbeitsfähigkeitsschätzung zum einen auf Arbeitsversuche des Beschwerdeführers ab, was nicht zulässig sei, da die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich medizinisch-theoretisch zu bestimmen sei. Zum anderen stütze er sich auf den Bericht der Klinik für orthopädische Chirurgie ab, welcher nicht schlüssig sei. Demgegenüber könne auf das nachvollziehbare Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer umfassend untersucht habe, abgestellt werden. Dessen Beurteilung stimme auch mit dem RAD-Untersuchungsbericht überein. Der RAD habe zudem in seinen Stellungnahmen vom 6. Juni 2011 und 23. Februar 2012 zu Recht festgehalten, dass die geltend gemachten erheblichen Leiden des Beschwerdeführers organisch nicht erklärbar seien. Die Arbeitsfähigkeit sei daher nur qualitativ eingeschränkt. Die von mehreren Ärzten attestierte Schmerzstörung sei nicht invalidisierend, weil keine psychische Komorbidität ersichtlich sei und auch nicht geltend gemacht werde. Weitere Abklärungen seien unnötig. Es sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Der Einkommensvergleich ergebe einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 5%. Bezüglich des Invalideneinkommens sei festzuhalten, dass eine Vielzahl von Stellen im Produktions- und Dienstleistungssektor offen stünden. Für den Beschwerdeführer seien Tätigkeiten geeignet wie etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten und leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilkbewirtschaftung (act. G 4).

B.c Mit einer Replik vom 20. April 2012 hält der Beschwerdeführer an den Beschwerdeanträgen fest. Der Rechtsvertreter erklärt im Wesentlichen, die Beschwerdegegnerin habe die Glaubwürdigkeit der Einschätzungen der privaten Ärzte mit dem Hinweis auf deren Befangenheit zu Unrecht verneint. Die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ stimme mit derjenigen des Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_ sowie des Neurologen Dr. H.\_\_\_\_, welche alle von einer höchstens 50%-igen Arbeitsfähigkeit ausgingen, überein. Weiter sei die Behauptung der Beschwerdegegnerin, wonach beim Beschwerdeführer keine psychische Komorbidität ersichtlich sei, falsch. Bei der ersten Konsultation im Schmerzzentrum des KSSG habe der leitende Arzt unter Komorbiditäten den Verdacht auf eine schwere depressive Störung aufgeführt. Eine Untersuchung in der Abteilung Psychosomatik des KSSG habe diese Einschätzung



## St.Galler Gerichte

bestätigt, womit die Leiden des Beschwerdeführers invalidisierend seien (act. G 6). Als Beilagen hat der Rechtsvertreter Berichte des KSSG, Schmerzzentrum, vom 30. November 2011 und des KSSG, Psychosomatik, vom 23. Dezember 2011 sowie eine Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ vom 11. April 2012 eingereicht.

B.d Gemäss dem Bericht der psychosomatischen Abteilung am KSSG vom 23. Dezem-ber

2011 waren anlässlich der ambulanten Untersuchung vom 2. Dezember 2011 folgende Diagnosen erhoben worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung sowie chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die behandelnde Ärztin hielt fest, eine antidepressive Behandlung sei beim Beschwerdeführer klar indiziert. Grundsätzlich sei beim Ausmass seines Beschwerdebildes ein stationärer Aufenthalt z.B. in der Klinik Valens angezeigt, einerseits um die Medikation zu optimieren, sich ein Bild über seine tatsächlichen beruflichen Möglichkeiten zu verschaffen, und ihm auch eine gewisse Distanzierung von seiner häuslichen Situation zu ermöglichen (act. G 6.2).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 8).

### Erwägungen:

1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, 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. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung



des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.3 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung in der Regel den ersten Schritt bei der Erhebung des massgebenden Sachverhalts bildet. Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit bestimmen 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 (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen 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) abgebeurteilt, die 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).

2.

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

2.2 In somatischer Hinsicht liegen diverse Arztberichte und Arbeitsfähigkeitsschätzungen vor. Der Beschwerdeführer ist internistisch, orthopädisch sowie neurologisch untersucht, behandelt und beurteilt worden.



2.2.1 Die Schmerzen im Bereich der Ellenbogen und Füsse sind zunächst orthopädisch behandelt worden. Es haben bezüglich der Ellenbogenschmerzen Epicondylitis-Operationen 01/09 rechts und 03/07 links stattgefunden (vgl. IV-act. 12-1 ff.). In einem Bericht vom 6. August 2009 haben die behandelnden Ärzte des KSSG betreffend die auch postoperativ anhaltenden Schmerzen festgehalten, dass sämtliche durchgeführten Therapiemassnahmen zu keiner Besserung geführt hätten und eine weitere operative Intervention als wenig erfolgsversprechend erscheine. Damit sei ein Endzustand in dem Sinne erreicht, dass keine weiteren therapeutischen Massnahmen mehr angeboten werden könnten (vgl. IV-act. 26-39). Im Hinblick auf die Fussbeschwerden ist eine Hammerzehen-OP beidseits 05/08 sowie eine Metatarsale-Verkürzungsosteotomie II bis IV 08/09 erfolgt (IV-act. 12-4, 26-41). Nach der dritten Operation am 5. Februar 2010, bei der das Metall aus beiden Füessen komplett entfernt wurde, hat der behandelnde Orthopäde am 26. Februar 2010 die Verlaufskontrollen als abgeschlossen erklärt (IV-act. 42-4). Rund ein Jahr später ist eine Nachkontrolle in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG erfolgt. Der behandelnde Arzt hat dabei eine lediglich 20%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert mit der Begründung, dass die Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers nur unzureichend oder gar nicht auf die Schmerz- und Medikamententherapie anspreche (vgl. IV-act. 107-4). Anlässlich der folgenden Nachkontrolle vom 4. Juli 2011 haben die behandelnden Orthopäden erklärt, dass die Behandlung von ihrer Seite abgeschlossen sei, da dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht bei einem unauffälligen Röntgenbefund keine Möglichkeit zur Beschwerdeverbesserung angeboten werden könne. Die Arbeitsfähigkeit betrage momentan 20 - 40% (vgl. IV-act. 107-8). Der orthopädische Fusschirurg Dr. J.\_\_\_\_ hat am 4. Oktober 2011 nach Einsicht in den Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie am KSSG festgestellt, dass beim Beschwerdeführer kein orthopädisches Problem vorliege, womit eine weitere Beurteilung von diesem Fachgebiet keinen Sinn mache (vgl. IV-act. 112). Bezüglich der Ellenbogenschmerzen ist die orthopädische Behandlung bereits im August 2009 mangels weiterer Therapiemöglichkeiten abgeschlossen worden. Im Hinblick auf die Fussbeschwerden ergibt sich aus dem Verlauf, dass nach der dritten Operation im Februar 2010 kein orthopädischer Befund mehr nachweisbar gewesen ist, welcher die anhaltenden bzw. schlimmer gewordenen Fussbeschwerden des Beschwerdeführers zu erklären vermochte. Die attestierten Arbeitsunfähigkeiten in den postoperativen Phasen sind für eine gewisse Zeit



nachvollziehbar. Jedoch stützen sich die zwei zuletzt getätigten fachärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen von 20% bzw. 20 - 40% mangels eines objektiven Befunds lediglich auf die subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers. Daher kann auf diese Einschätzungen nicht abgestellt werden.

2.2.2 In neurologischer Hinsicht ist der Beschwerdeführer erstmals am 9. Juni 2010 im KSSG abgeklärt worden. Dabei hat sich in der klinisch-neurologischen Untersuchung ein weitgehend unauffälliger Befund gezeigt; es wurde keine Polyneuropathie als Ursache der Beschwerden festgestellt (vgl. IV-act. 70-2). In der Folge ist der Beschwerdeführer am 7. Februar 2011 von Dr. H.\_\_\_\_ untersucht worden. Dieser hat festgehalten, dass eine klinisch sehr ausgeprägte Polyneuropathie nicht nachweisbar sei. Unter Berücksichtigung des im Dezember 2011 neu diagnostizierten Diabetes mellitus Typ II hat er die mögliche Ursache der neuropathischen Schmerzen in einer diabetischen, vorwiegend sensiblen Polyneuropathie gesehen (vgl. IV-act. 95-7 f.). Die Arbeitsfähigkeit hat er in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf 50% geschätzt (vgl. IV-act. 95-1). Auch Prof. Dr. I.\_\_\_\_ hat anlässlich seiner Untersuchung vom 13. Mai 2011 eine leichte sensible, demyelinisierende Polyneuropathie, am ehesten diabetogen bedingt, diagnostiziert. Gleichzeitig hat er festgehalten, dass sich die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen aus neurologischer Sicht nicht hinreichend erklären liessen, weshalb wahrscheinlich von einer überwiegend somatoformen Schmerzgenese auszugehen sei. Die vorliegende Polyneuropathie führe üblicherweise nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 100-8). Den neurologischen Beurteilungen lässt sich entnehmen, dass beim Beschwerdeführer – wenn überhaupt – eine Polyneuropathie von nur geringer Ausprägung vorliegt. Vor diesem Hintergrund erscheint die von Dr. H.\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% nicht nachvollziehbar. Es ist davon auszugehen, dass Dr. H.\_\_\_\_ die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen massgebend bei seiner Beurteilung berücksichtigt hat. Demgegenüber hat Prof. Dr. I.\_\_\_\_ die neurologisch überwiegend nicht erklärbaren Schmerzen einer somatoformen Schmerzstörung zugeordnet und die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht als nicht eingeschränkt betrachtet. Diese Beurteilung erscheint angesichts der gestellten Diagnose überwiegend wahrscheinlich zutreffend.



2.2.3 Aus internistischer Sicht hat der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ anlässlich eines Gesprächs mit dem RAD am 6. Mai 2009 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert (vgl. IV-act. 9, 12). Diese Arbeitsfähigkeits-schätzung hat er gemäss seinem Bericht vom 6. Oktober 2009 selbst kurz nach der Metatarsale-Verkürzungsosteotomie im August 2009 noch beibehalten und hat nur die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als eingeschränkt erachtet (vgl. IV-act. 26-2 f.). Der von der zuständigen Krankenkasse eingesetzte Vertrauensarzt Dr. F.\_\_\_\_ hat am 24. Mai 2010 erklärt, dass, obwohl das Beschwerdebild nicht allein durch die Fussproblematik erklärt werden könne, die Arbeitsfähigkeit aufgrund der chronifizierten Schmerzen und der erheblich eingeschränkten Mobilität beeinträchtigt sei. Auch unter Berücksichtigung des Ellenbogens betrage die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit maximal 50% (vgl. IV-act. 82-3 f.). Dr. B.\_\_\_\_ hat am 23. Juli 2011 festgehalten, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Arbeitsversuche in angepassten Tätigkeiten bewiesen sei. Entsprechend der orthopädisch fachärztlichen Einschätzung gehe er von einer 20 - 40%-igen Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 107-12). Dazu ist festzuhalten, dass diese orthopädische Arbeitsfähigkeitsschätzung – wie bereits ausgeführt – ohne entsprechenden Befund nur mit den subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers begründet werden kann, womit nicht darauf abzustellen ist. Die Arbeitsfähigkeit lässt sich denn auch nicht anhand eines Arbeitsversuchs – vorliegend das Einsatzprogramm des RAV, wobei der Beschwerdeführer nur 2 Stunden pro Tag arbeitsfähig gewesen ist – beurteilen, sondern ist medizinisch-theoretisch zu bestimmen. Die von Dr. B.\_\_\_\_ gegenüber seinen früheren Einschätzungen geltend gemachte, erheblich verschlechterte Arbeitsfähigkeit lässt sich nicht nachvollziehen, zumal sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit dem Bericht vom 6. Oktober 2009 nicht wesentlich verändert hat. Aus diesem Grund kann ebenso wenig auf die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt werden.

2.3 Zusammengefasst lässt sich in somatischer Hinsicht weder aus orthopädischer, neurologischer noch internistischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit begründen. Entsprechend dem Abklärungsbericht des RAD vom 21. April 2010 sowie dessen Stellungnahmen vom 6. Juni und 14. Dezember 2011 lassen sich die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen nicht hinreichend mit einem organischen Korrelat erklären. Es ist daher nachvollziehbar, dass



der RAD aus somatischer Sicht nur von einer qualitativ eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen ist. Diese Einschränkung führt gemäss dem RAD in der bisherigen Tätigkeit zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, hingegen besteht in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 53, 101, 115). Auf diese somatische Einschätzung kann ohne weitere Abklärungen abgestellt werden.

2.4 In psychiatrischer Hinsicht hat der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ gemäss seinem Bericht vom 6. Oktober 2009 eine seit 2009 bestehende reaktive Depression mit einer aktuell leichten depressiven Episode diagnostiziert (IV-act. 26-1). Es fehlen jedoch weitere Ausführungen zu dieser Diagnose. Die Arbeitsfähigkeit hat er gemäss seinen Angaben nur durch somatische Beschwerden als eingeschränkt erachtet (vgl. IV-act. 26-2). Im Verlauf sind keine weiteren psychiatrischen Abklärungen erfolgt. Der Rechtsvertreter hat mit der Replik vom 20. April 2012 Berichte eingereicht, welche u.a. den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betreffen (vgl. act. G 6). Für die richterliche Beurteilung eines Falls sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung massgebend (BGE 121 V 366 E. 1 b mit Hinweisen). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zur berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen. Anlässlich der Schmerzsprechstunde im KSSG ist gemäss dem Bericht vom 30. November 2011 als Komorbidität zum chronifizierten Schmerzsyndrom der Verdacht auf eine schwere depressive Störung genannt worden. Bei der Beurteilung hat der behandelnde Arzt u.a. festgehalten, dass die Fusschmerzen den Beschwerdeführer in die soziale Isolation hineingeführt hätten. Innerfamiliär hätten die angespannte Stimmung des Beschwerdeführers, die Zukunftsangst und das Unverständnis den Ärzten gegenüber zu einer schwierigen Lage geführt. Die Familienmitglieder hätten angegeben, dass der Beschwerdeführer ein anderer Mensch geworden sei. Mit dem Vorschlag einer psychologischen Begutachtung der Schmerzsituation sei der Beschwerdeführer einverstanden gewesen (vgl. act. G 6.1). Am 2. Dezember 2011 ist der Beschwerdeführer in der psychosomatischen Abteilung des KSSG untersucht worden. Gemäss dem Bericht vom 23. Dezember 2011 sind folgende Diagnosen gestellt worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung sowie chronische Schmerzstörung



mit somatischen und psychischen Faktoren. Als Befunde hat die behandelnde Ärztin angegeben, die Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit des Beschwerdeführers seien leichtgradig eingeschränkt. Formal sei er eingeeengt auf die Schmerzproblematik und die schwierige soziale Situation. Im Affekt sei er mittelgradig deprimiert und im Antrieb vermindert. Bei der Beurteilung hat sie festgehalten, dass eine antidepressive medikamentöse Behandlung klar indiziert sei. Grundsätzlich sei beim Ausmass des Beschwerdebildes des Beschwerdeführers ein stationärer Aufenthalt, z.B. in der Klinik Valens, angezeigt, um die Medikation zu optimieren, sich ein Bild über seine tatsächlichen beruflichen Möglichkeiten zu verschaffen und ihm auch eine gewisse Distanzierung von seiner häuslichen Situation zu ermöglichen. Zur Arbeitsfähigkeit hat sich die behandelnde Ärztin nicht geäussert (vgl. act. G 6.2). Die beiden nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2011 eingereichten Berichte betreffen den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auch vor dem Verfügungserlass und sind daher bei der vorliegenden Beurteilung zu berücksichtigen. Angesichts der gestellten Diagnosen kann eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jedenfalls nicht ausgeschlossen werden. Die vorliegenden medizinischen Akten reichen somit nicht aus, um das Mass der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzulegen. Es sind diesbezüglich weitere Abklärungen, allenfalls in Form einer psychiatrischen Begutachtung, angezeigt. In diesen Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass beim Beschwerdeführer gemäss Prof. Dr. I.\_\_\_\_ eine somatoforme Schmerzstörung vorliegen soll (vgl. IV-act. 100-8). Auch bei einer somatoformen Schmerzstörung ist ein psychiatrisches Gutachten notwendig, bevor die Rechtsfrage nach der Überwindbarkeit der Schmerzen beurteilt werden kann (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.5; Urteil des Bundesgerichts vom 27. Oktober 2010, 8C\_420/2010, E. 4.3). Folglich ist die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.

3.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2011 teilweise gutzuheissen, und die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



3.2 Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung 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.

3.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung 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 Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der durchschnittliche Vertretungsaufwand rechtfertigt in der vorliegenden Angelegenheit eine praxisgemäss pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der genannten Höhe zu bezahlen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP **entschieden:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2011 aufgehoben; die Sache wird zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der vom Beschwerdeführer in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss ist ihm zurückzuerstatten.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.