



**Fall-Nr.:** IV 2013/239  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.06.2020  
**Entscheiddatum:** 23.09.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.09.2014**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung Gutachten. Rückweisung zur ergänzenden medizinischen Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. September 2014, IV 2013/239).**

Entscheid Versicherungsgericht, 23.09.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,  
a.o. Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

#### **Entscheid vom 23. September 2014**

in Sachen

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

#### **Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl, Scheffel-  
strasse 2, 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 am 16. Juni 2010 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 2).

A.b Am 25. Juni 2010 berichtete der Arbeitgeber des Versicherten, das Alters- und Pflegeheim B.\_\_\_\_, der Versicherte sei vom 1. September 1996 bis 20. Januar 2010 vollzeitlich als Koch tätig gewesen. Das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten sei infolge von Leistungsschwanken und Problemen innerhalb des Teams per 31. März 2010 aufgelöst worden (IV-act. 15).

A.c Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik Gais vom 18. Juni 2010 hatte der Versicherte vom 25. Februar bis 31. März 2010 einen stationären Aufenthalt absolviert. Anschliessend war bis 16. Juni 2010 eine ambulante Behandlung erfolgt. Die behandelnden Ärzte nannten als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode, einen Nikotinabusus sowie den Verdacht auf eine Hypercholesterinämie. Sie hielten fest, es sei beim Versicherten im Dezember 2009 zu einer akuten Belastungssituation im Zusammenhang mit einer für ihn unvorhersehbaren Arbeitsplatzkündigung gekommen. Daraus habe sich zunächst eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion entwickelt, welche zunehmend in eine mittelgradige depressive Phase übergegangen sei. Klinisch habe ein ausgeprägtes gehemmt depressives Syndrom mit Somatisierung vorgelegen. Es hätten sich ausgeprägte Antriebs-, Affekt- und Denkstörungen gezeigt. Der Versicherte habe zunehmend die Befriedigung basaler Bedürfnisse vernachlässigt und es sei zu einem Nikotin- und Kaffeeabusus sowie einer unfreiwilligen Gewichtsabnahme von ca. 9 kg in den drei Monaten vor der Hospitalisierung gekommen. Im Behandlungsverlauf habe sich eine psycho-physische Stabilisierung mit Rückgang des depressiven Syndroms gezeigt. Im Rahmen der ambulanten Behandlung sei der Versicherte bei den Konsultationen erschöpft, affektiv gedrückt, antriebsgehemmt und psychomotorisch matt gewesen. Das formale Denken sei gehemmt, verlangsamt, zum Teil umständlich gewesen. Es habe sich eine



## St.Galler Gerichte

Reduktion der mnestischen Funktionen gezeigt, vor allem in Form von Konzentrationseinbussen. Die Compliance des Versicherten unter adäquater Psychopharmakotherapie sei gut. In den vergangenen vier Wochen habe sich die hirnorganische Leistungsfähigkeit verringert, ohne dass dies mit der depressiven Grunderkrankung zu erklären wäre. Es bestehe die Indikation zu einer differenzierten neuropsychologischen Untersuchung. Mittlerweile sei die Arbeitsfähigkeit dauerhaft gefährdet. Im Zeitpunkt der Entlassung aus der ambulanten Rehabilitation sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 21).

A.d Am 6. August 2010 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, er habe den Versicherten vom 12. Januar bis 5. Februar 2010 ambulant behandelt. Als Diagnose liege eine mittelgradige depressive Episode vor, welche vermutlich seit ca. 2007 in schwankender Ausprägung bestehe. In der bisherigen Tätigkeit liege aufgrund der psychisch vermehrten Empfindlichkeit, der Resignation, der depressiven Hemmung sowie der erheblichen Konflikte am Arbeitsplatz seit dem 21. Januar 2010 keine Arbeitsfähigkeit mehr vor (IV-act. 25).

A.e Die seit Februar 2011 ambulant behandelnde Psychiaterin Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte in ihrem Bericht vom 9. August 2011 als Diagnose eine depressiv ängstliche Anpassungsstörung mit prolongiertem Verlauf im Sinne einer Verbitterungsstörung. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gab sie die Diagnose eines Verdachts auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit zwanghaften und narzisstischen Anteilen an. Somatisch und geistig lägen keine Einschränkungen vor. In psychischer Hinsicht beständen eine reduzierte Konzentrationsspanne, eine deutlich geminderte Belastbarkeit sowie eine fehlende Stressresistenz mit depressiv ängstlichen Einbrüchen. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Versicherte seit August 2011 zu 50% arbeitsfähig, wobei unter adäquater Behandlung eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sei (IV-act. 40).

A.f Am 18. Januar 2012 erstattete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Verlaufsbericht. Er gab an, den Versicherten seit dem stationären Aufenthalt in der Klinik Gais (Februar/März 2010) zu behandeln. Die Behandlung durch Dr. E.\_\_\_\_ sei nur kurzfristig vertretungsweise erfolgt. Der



Gesamtzustand des Versicherten habe sich in den vergangenen Monaten nicht verbessert; es liege ein fluktuierender Behandlungsverlauf mit Chronifizierung vor. Eine Änderung der Diagnose habe sich nicht ergeben. Es bestehe eine monopolare affektive Psychose: endogene Depression. Dabei handle es sich um eine Major Depression, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt. Aus somatischer Sicht bestehe eine anhaltende diabetische Stoffwechsellage, welche sich zusätzlich einschränkend auf die Antriebslage auswirke. Im Zusammenhang mit den auffälligen hirnrorganischen Leistungseinbussen sei im August 2010 eine neuropsychologische Untersuchung im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) erfolgt. Bereits zu diesem Zeitpunkt habe eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung objektiviert werden können. Im Vordergrund der kognitiven Befunde hätten mittelschwer beeinträchtigte exekutive Störungen im Sinne einer verminderten geistigen Flexibilität und verminderten Arbeitsgedächtnis- und Monitoring-Prozesse gestanden. Die verbalen Lern- und Gedächtnisleistungen seien leicht beeinträchtigt gewesen. Aufgrund einer Zunahme der Beschwerden sei im November 2011 eine Nachuntersuchung im Rahmen der ambulanten Psychotherapie durch Frau Dipl. psych. G. \_\_\_ erfolgt, wobei vergleichbare Befunde erhoben worden seien. Es bestehe der Eindruck, dass die persistierende depressive Symptomatik zusätzlich auch die kognitiven Leistungen beeinträchtige. Differentialdiagnostisch sei von einer depressiven Pseudo-Demenz im Rahmen einer endogenen Depression auszugehen. Derzeit seien keine den gesundheitlichen Leistungseinbussen angemessenen Tätigkeiten vorstellbar, vorrangig aufgrund der vorliegenden Antriebs-, Affekt- und Denkstörungen. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten (IV-act. 45). Der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) hielt am 29. März 2012 fest, dass gestützt auf den ausführlichen und medizinisch nachvollziehbaren Bericht von Dr. F. \_\_\_ nicht mehr auf die Einschätzung von Dr. E. \_\_\_, wonach der Versicherte zu 50% arbeitsfähig sei, abgestellt werden könne. Dies sei eine zu optimistische prognostische Einschätzung gewesen. Es sei vielmehr von einer bleibenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch einer leidensangepassten Tätigkeit seit dem 21. Januar 2010 auszugehen (IV-act. 47).

A.g Auf Nachfrage des RAD (IV-act. 48-2) teilte Dr. F. \_\_\_ am 23. Februar 2012 ergänzend mit, dass eine Wiedervorstellung des Versicherten in der neurologischen Abteilung des KSSG auf Ende 2012 geplant sei. Bei der (neuropsychologischen) Unter-



suchung durch Frau G.\_\_\_\_ habe es sich lediglich um eine orientierende Untersuchung gehandelt, welche mit der neuropsychologischen Testung im KSSG im August 2010 nicht vergleichbar sei. Betreffend die abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, dass Dr. E.\_\_\_\_ den Versicherten nur im Rahmen einer Ferienvertretung gesehen habe. In der Sprechstundensituation seien u.a. die kognitiven Störungen des Versicherten nicht gleich ersichtlich. Zudem neige der Versicherte zur Dissimulation (IV-act. 48-1).

A.h Am 27. April 2012 hielt der zuständige Mitarbeiter des Rechtsdienstes der IV-Stelle fest, dass in sämtlichen relevanten medizinischen Berichten die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode mit der für den Versicherten belastenden Kündigung seines Arbeitsplatzes per Ende März 2010 begründet worden sei. Dabei handle es sich um eine psychosoziale Problematik, welche für sich allein keine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG begründe. Etwas anderes gelte nur, wenn nebst den psychosozialen Faktoren eine davon absichtbare ausgeprägte psychische Störung vorläge, was vorliegend aber nicht der Fall sei. Entgegen der Beurteilung Dr. F.\_\_\_\_s gebe es auch keine Hinweise, dass beim Versicherten eine hirnorganisch bedingte Leistungseinbusse vorliege. Soweit Dr. F.\_\_\_\_ eine solche aus dem (nicht vorliegenden) neurologischen Untersuchungsbericht des KSSG vom August 2010 ableite, sei dies nicht plausibel. Neuropsychologische Untersuchungen hätten für die Objektivierung von geklagten Beschwerden generell einen verminderten Beweiswert, da es unmöglich sei, zu bestimmen, ob die bei der neuropsychologischen Testung gefundenen Hirnleistungsschwächen auf fehlende Motivation, ein Unfallereignis oder auf die Erbanlage des Versicherten zurückzuführen sei. Auch psychische Beeinträchtigungen oder eine psychosoziale Problematik führten zwangsläufig zu entsprechend schwachen neuropsychologischen Testergebnissen, was diese zusätzlich relativiere. Eine hirnorganische Störung müsste zweifelsfrei von einem Neurologen diagnostiziert werden und zwar gestützt auf entsprechende neurologische Befunde, welche vorliegend nicht gegeben seien. Es lägen zurzeit keine Hinweise vor, dass die depressive Episode beim Versicherten aus anderen als psychosozialen Umständen ableitbar sei. Demnach erfülle die diagnostizierte Depression nicht die Kriterien für eine psychische Komorbidität, zumal auch keine Förster-Kriterien ersichtlich seien. Im Übrigen hätte selbst eine invalidisierende mittelgradige Depression nicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge, wie dies von Dr. F.\_\_\_\_ geltend gemacht



werde. Dr. E.\_\_\_\_ habe denn auch lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 50% mit einer möglichen Arbeitsfähigkeitssteigerung angenommen (IV-act. 53).

A.i Auf Aufforderung der IV-Stelle hin reichte die Klinik für Neurologie des KSSG den Untersuchungsbericht vom 5. August 2010 ein. Die untersuchende Psychologin hatte festgehalten, im Vordergrund der Befunde stehe die depressive Erkrankung des Versicherten. Neuropsychologisch hätten leichte neuropsychologische Funktionsstörungen objektiviert werden können mit den für depressive Patienten typischen exekutiven Störungen und verbalen Gedächtnisstörungen sowie einer reduzierten konzentrativen Belastbarkeit. Die übrigen Funktionsbereiche seien unauffällig. Somit seien die Befunde gut mit der depressiven Erkrankung vereinbar. Hinweise auf eine Demenz ergäben sich aus der Untersuchung nicht. Es hätten sich deutliche Diskrepanzen im Schweregrad zwischen den vom Versicherten wahrgenommenen starken Leistungseinbussen im Alltag und den in der strukturierten Untersuchungssituation objektivierten leichten neuropsychologischen Defiziten gezeigt. Diese Diskrepanz ergebe sich vermutlich zum einen durch die selektive Wahrnehmung und depressive Verarbeitungsweise des Versicherten. Zum anderen sei der Versicherte im Alltag aufgrund der gestörten Antriebs- und Handlungsinitiierung wahrscheinlich stärker beeinträchtigt als in der gut strukturierten und geführten Untersuchungssituation (IV-act. 55).

A.j Auf Veranlassung des RAD (IV-act. 63) wurde der Versicherte am 9. Oktober 2012 neurologisch und psychiatrisch von Dr. med. H.\_\_\_\_, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, untersucht. Im entsprechenden Gutachten vom 10. Oktober 2012 nannte Dr. H.\_\_\_\_ als Diagnosen eine Persönlichkeitsstörung mit anankastischen und selbstunsicheren Zügen, eine neurasthenische Leistungsminderung sowie eine chronifizierte Depression. Zentral bezüglich der funktionellen Auswirkungen auf die soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Versicherten und die sekundär resultierenden Störungen in Form der neurasthenischen Leistungsminderung sowie der Depression sei die Persönlichkeitsstörung des Versicherten. Geprägt durch die besondere Konstellation im Elternhaus (übermächtig und unberechenbar erlebter Vater, ideal erlebte Mutter und Position als Jüngster von drei Brüdern) habe der Versicherte ein sehr heterogenes Persönlichkeitsbild entwickelt. Nach standardisierten Diagnosekriterien könne die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aus dem



anankastischen Bereich gestellt werden. Die erweiterte Untersuchung habe aber auch Hinweise auf akzentuierte Wesenszüge aus den Bereichen selbstunsicher, abhängig, histrionisch, impulsiv und schizoid gezeigt. Die neurasthenische Leistungsminderung stehe diagnostisch hilfsweise für die im mehrjährigen Verlauf intrapsychisch verfestigte innere Überzeugung des Versicherten, er sei nur noch minimal belastbar bei gleichzeitig maximal erhöhtem Erholungsbedarf. Die Diagnose einer chronifizierten Depression ergebe sich aus der Angabe und Demonstration von Symptomen aus dem depressiven Bereich. Rein nominell wäre nach der einschlägigen Skala ein eben gerade mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom zu diagnostizieren. Erheblich relativiert werde dieser Wert dadurch, dass der überwiegende Teil der zur Diagnose führenden Punkte aus Angaben des Versicherten stamme und nur zu einem geringen Anteil aus den erhobenen objektiven Befunden. Syndromal resultiere aus der Gesamtheit der vorgenannten psychiatrischen Störungen eine Beeinträchtigung der Stimmung, des Antriebs, der Wahrnehmung der eigenen Person, des Selbsterlebens, der affektiven Resonanz, des affektiven Ausdrucks und der affektiven Stabilität. Die Auswirkungen der Störungen auf der Ebene von Teilhabe und Partizipation in der Arbeit sowie im ausserberuflichen Alltag seien erheblich. Momentan liege ein stabiler Gesundheitsschaden vor. Bezugnehmend auf das Arztzeugnis von Dr. E.\_\_\_\_ sei der Beginn der Gesundheitsstörung auf August 2011 festzulegen. Angesichts der psychiatrischen Diagnose einer neurasthenischen Leistungsminderung sei die Frage zu diskutieren, ob zumindest ein Teil der Beschwerden durch Aufbietung von zumutbarer Willensanspannung überwunden werden könnte. Auf Seiten der möglichen Ressourcen zu nennen seien die Bildung und Intelligenz des Versicherten, der Verlauf der Erwerbstätigkeit bis zum Bruch der Erwerbsbiografie 2009, die Bedeutung der beruflichen Tätigkeit bis zur Dekompensation, das prinzipiell vorhandene Krankheitsverständnis sowie die fördernden Faktoren des familiären Umfelds. Auf Seiten der hemmenden Kriterien seien zu nennen die psychiatrische Komorbidität in Form der Persönlichkeitsstörung, der mehrjährige Verlauf mit unveränderter Symptomatik, die unbefriedigenden Behandlungsergebnisse, der faktisch vollzogene Verlust der Integration in die Arbeitswelt sowie der partiell ausgewiesene soziale Rückzug. Nach Abwägung der Kriterien könne festgelegt werden, dass ein Teil der vom Versicherten empfundenen Beeinträchtigungen durch die Aufbietung einer zumutbaren Willensanspannung überwunden werden könne. In der angestammten Tätigkeit als



## St.Galler Gerichte

Koch in der freien Wirtschaft sei der Versicherte zu 40% arbeitsfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit (Koch in einer besonders verständnisvollen Umgebung, keine Notwendigkeit zur hierarchischen Einordnung) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60% (IV-act. 67). Der RAD erachtete das bidisziplinäre Gutachten von Dr. Gut als überzeugend (IV-act. 68).

A.k Am 21. Februar 2013 hielt der zuständige Mitarbeiter des Rechtsdienstes der IV-Stelle fest, dass sich die von Dr. H.\_\_\_\_ attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten überwiegend aus der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit anankastischen und selbstunsicheren Zügen ergebe. Eine Persönlichkeitsstörung entwickle sich bereits im Lauf der Kindheit bzw. im Jugendalter. Der Versicherte sei trotz dieser Störung als Erwachsener stets in der Lage gewesen, bis Ende Januar 2008 (gemeint wohl: 2010) einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachzugehen und ein hohes Einkommen zu erzielen. Demnach habe die Persönlichkeitsstörung keinen massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gehabt. Eine Persönlichkeitsstörung sei denn auch nicht per se invalidisierend. Dr. H.\_\_\_\_ habe die Persönlichkeitsstörung vor allem aus der psychiatrischen Testung abgeleitet. Solche Testungen, welche auf den Selbstangaben und den vielfach pessimistischen Einschätzungen der versicherten Personen beruhten, ergäben jedoch rechtsprechungsgemäss keine massgeblichen Erkenntnisse für eine Arbeitsfähigkeitsschätzung. Es sei nach wie vor davon auszugehen, dass sich das psychische Leiden des Versicherten vor allem aufgrund der von ihm als belastend empfundenen Kündigung seines Arbeitsplatzes per Ende März 2010 entwickelt habe und diese psychosoziale Problematik für sich allein keine Invalidität begründe (IV-act. 69)

A.l Mit einem Vorbescheid vom 14. März 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentenanspruchs in Aussicht. Sie hielt zur Begründung fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass die vorliegenden psychiatrischen Diagnosen nicht invalidisierend seien. Daher sei in der angestammten Tätigkeit als Koch sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 72).



A.m Dr. F.\_\_\_\_ erklärte am 6. April 2013, dass der Versicherte mit dem Vorbescheid nicht einverstanden sei. Er führte in medizinischer Hinsicht aus, dass das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ in erheblichem Masse den diversen Vorbefunden aus den stationären und ambulanten Behandlungen widerspreche. Im Mittelpunkt der chronischen psychiatrischen Störung stehe eine monopolare affektive Psychose: endogene Depression. Die anhaltende diabetische Stoffwechsellage mit Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen werde vom Gutachter gar nicht als relevant erachtet. Die Kündigung im März 2010 habe möglicherweise eine erneute depressive Phase ausgelöst, wie dies bei anderen endogenen Depressionen der Fall sei, jedoch seien keine weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren erkennbar. Im Zusammenhang mit den hirnrorganischen Leistungseinbussen habe das MRI des Neurokraniums im April 2010 eine disseminierte zerebrale Parenchymschädigung vaskulärer Genese gezeigt. Der Gutachter habe in eigener Interpretation des Bildes "ganz diskret feinfleckige Alterationen im subkortikalen Marklager" beschrieben, habe den Befund aber nicht für pathologisch gehalten. Die Diagnose einer Neurasthenie sei falsch, da eine solche gemäss den Leitlinien ICD-10 nicht diagnostiziert werden könne, wenn die vorliegenden depressiven Symptome anhaltend schwer genug seien, um die Kriterien für eine der spezifischeren Störungen in der Klassifikation zu erfüllen. Bezüglich der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung sei bemerkenswert, dass eine solche zuvor weder im Rahmen der stationären noch ambulanten Behandlung festgestellt worden sei. Eine Persönlichkeitsstörung sei im Längsschnitt zu diagnostizieren und keinesfalls in einer einmaligen Untersuchungssituation als sogenannte Querschnittsdiagnostik. Beim Versicherten bestehe bereits seit länger als einem Jahr ein andauernder Gesundheitsschaden. Es bestehe eine psychiatrische Komorbidität (endogene Depression, hirnrorganisches Psychosyndrom). Es lägen körperliche Begleiterkrankungen vor (u.a. Hormonstörungen sowie diabetische Stoffwechsellage und Fettstoffwechselstörung, zerebrale Durchblutungsstörungen). Es sei zu einem Verlust der sozialen Integration mit zunehmenden sozialen Rückzug und Isolierkontakt mit der Ehefrau gekommen. Es bestehe ein ausgeprägter primärer, aber kein erkennbarer sekundärer Krankheitsgewinn. Im Längsschnitt handle es sich um einen mehrjährigen Krankheitsverlauf mit progredienter Symptomatik, ohne dass es zwischenzeitlich zu einer längerfristigen Remission gekommen sei. Die Behandlungsergebnisse seien trotz konsequent durchgeführter



allgemeinmedizinischer, internistischer, psychiatrischer sowie psychotherapeutischer Behandlungsmassnahmen unbefriedigend. Aus diesen Gründen habe der Versicherte keine Fähigkeit mehr, die psychischen Defizite zu überwinden. Es sei nicht mit einer relevanten Besserung des Gesundheitszustandes zu rechnen, zumal sogar Rehabilitationsbemühungen gescheitert seien (IV-act. 74).

A.n Der Mitarbeiter des Rechtsdienstes hielt am 16. Mai 2013 fest, dass der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ keine neuen Erkenntnisse bringe. Es lägen seither keine neuen neurologischen Erkenntnisse vor, die eine dementielle Entwicklung oder andere hirnorganische Störungen objektivieren würden (IV-act. 75).

A.o Mit einer Verfügung vom 17. Mai 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch des Versicherten ab (IV-act. 76).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 28. Mai 2013. Der Beschwerdeführer beantragt sinngemäss die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache von Rentenleistungen. Er macht im Wesentlichen geltend, dass auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne. Dr. H.\_\_\_\_ habe die hirnorganischen Leistungseinbussen, welche bereits im April 2010 durch die neuropsychologische Testung im KSSG objektiviert worden seien, nicht berücksichtigt. Weiter seien die niedrigen Werte bezüglich Arbeitsgeschwindigkeit und Kurzzeitgedächtnis sowie die unterdurchschnittliche geistige Leistungsfähigkeit auf das Krankheitsgeschehen und nicht – wie von Dr. H.\_\_\_\_ unterstellt – auf ein suboptimales Leistungsverhalten oder Selbstlimitierung zurückzuführen. Der Rechtsdienst der IV-Stelle habe selbst die von Dr. H.\_\_\_\_ attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ignoriert und sei zu Unrecht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (act. G 1).

B.b Am 29. Juli 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führt zur Begründung aus, beim Beschwerdeführer liege keine objektivierbare hirnorganische Leistungseinbusse vor. Die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung habe sich in der Vergangenheit nie auf die Arbeitsfähigkeit des



Beschwerdeführers ausgewirkt und sei für sich allein auch nicht invalidisierend. Es sei davon auszugehen, dass das psychische Leiden des Beschwerdeführers auf die Kündigung des Arbeitsplatzes per Ende März 2010 zurückzuführen sei. Dabei handle es sich um eine psychosoziale Problematik, welche für sich allein keine Invalidität begründe. Eine von den psychosozialen Faktoren abschichtbare, allenfalls invalidisierende, ausgeprägte psychische Störung sei nicht ersichtlich (act. G 6).

B.c Mit einer Replik vom 5. Dezember 2013 hält der Beschwerdeführer, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Kurt Gemperli, an seinen Beschwerdeanträgen fest. Der Rechtsvertreter beantragt spezifizierend die Aufhebung der Verfügung vom 17. Mai 2013 sowie die Zusprache mindestens einer Dreiviertelsrente. Zur Begründung führt der Rechtsvertreter zunächst aus, die Beschwerdegegnerin habe den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtsgleiche Behandlung verletzt, indem der während dem Abklärungsverfahren zuständige Mitarbeiter des Rechtsdienstes erneut beim Vorbescheidverfahren angefragt worden sei und derselbe schliesslich auch noch die Vertretung der Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren übernommen habe. Betreffend die Würdigung des Gutachtens von Dr. H.\_\_\_\_ hält der Rechtsvertreter fest, die Beschwerdegegnerin sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass Aussagen eines Psychiaters nicht verwertbar seien, wenn sie auf der Anamnese, auf Tests oder auf neuropsychologischen Tests beruhten. Die psychiatrische Exploration berücksichtige von der Natur der Sache her wesentlich die vom Patienten gemachten Angaben. Es sei die Aufgabe des psychiatrischen Gutachters, die subjektiven Angaben zu würdigen, diese gestützt auf eigene Untersuchungsbefunde zu beurteilen und in dem Sinn zu objektivieren. Gängige Tests könnten zur Objektivierung in diesem Sinne beitragen und seien in ihren Ergebnissen daher ebenfalls nicht einfach irrelevant. Mit ihren Ausführungen zur gutachterlichen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung greife die Beschwerdegegnerin zu Unrecht in den Kompetenzbereich der Mediziner ein. Ob eine Persönlichkeitsstörung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe oder nicht, unterliege der Beurteilung des Mediziners. Psychosoziale Umstände wie sie beim Beschwerdeführer vorlägen, seien als invalidisierend zu berücksichtigen, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrecht erhielten oder den Wirkungsgrad seiner Folgen verschlimmert. Dr. H.\_\_\_\_ sei in seiner Beurteilung durchaus auch kritisch gewesen, habe jedoch nur vereinzelt Zweifel an der Plausibilität der vorgetragenen Beschwerden gehabt. Diese Zweifel habe er in seine Beurteilung miteinbezogen. Der Gutachter habe



## St.Galler Gerichte

eine Würdigung der Gesamtheit der psychischen Störungen vorgenommen und habe weder die Persönlichkeitsstörung noch die mittelgradige Depression für sich allein als invalidisierend betrachtet, sondern die Kombination der Störungen. Zwar komme Dr. H.\_\_\_\_ entgegen der Beurteilung der behandelnden Ärzte zu Unrecht zum Schluss, dass eine teilweise Überwindbarkeit der Beschwerden gegeben sei, jedoch sei von medizinischer Seite her unbestritten, dass ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Die vom Gutachter beschriebene leidensangepasste Tätigkeit als Koch in einer verständnisvollen Umgebung und ohne Notwendigkeit, sich hierarchisch einzuordnen, gebe es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht. Sollte auf die gutachterliche Einschätzung abgestellt werden, so wäre von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, was in der vorliegenden Konstellation eine Invalidität von 60% ergebe (act. G 14).

B.d Am 9. Januar 2014 reicht der Rechtsvertreter einen Bericht des Instituts für Radiologie am KSSG vom 17. Dezember 2013 ein. Er hält fest, es werde im Bericht bestätigt, dass entsprechend der Ansicht Dr. F.\_\_\_\_s beim Beschwerdeführer ein objektivierbarer hirnorganischer Schaden vorliege. Dies sei seit mindestens 19. April 2010 der Fall (act. G 16). Aus dem genannten Bericht geht hervor, dass auf Veranlassung von Dr. F.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer am 17. Dezember 2013 ein Verlaufs-MRI des Neurocranium nativ durchgeführt worden sei. Der untersuchende Arzt hielt in klinischer Hinsicht fest, dass offenbar eine disseminierte zerebrale Parenchymschädigung vaskulärer Genese vorliege. Die klinische Symptomatik des hirnorganischen Psychosyndroms habe sich verschlechtert. Ausserdem bestehe eine dysexekutive Funktionsstörung. Bezüglich des Befundes lägen vergleichend zur Voruntersuchung vom 19. April 2010 unverändert mehrere Glioseherde im Marklager beidseits bei frontaler Betonung mikroangiopathischen Aspektes vor. Ansonsten handle es sich um ein altersentsprechend normales Kernspintomogramm (act. G 16.1).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 18).

### Erwägungen:

1.



1.1 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beanstandet zunächst in formeller Hinsicht, dass die Beschwerdegegnerin sowohl im Abklärungs- als auch im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren jeweils den gleichen Mitarbeiter des Rechtsdienstes mit der Bearbeitung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers betraut habe. Dieses Vorgehen verletzte den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtsgleiche Behandlung. Der Rechtsvertreter geht offenbar davon aus, dass der zuständige Mitarbeiter des Rechtsdienstes aufgrund seiner Vorbefassung im Abklärungsverfahren nicht mehr in der Lage gewesen ist, die Angelegenheit im folgenden Vorbescheids- und Beschwerdeverfahren objektiv und unbefangen zu beurteilen und macht damit das Vorliegen eines Ausstandsgrunds geltend.

1.2 Gemäss Art. 36 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) treten Personen, die Entscheidungen über Rechte und Pflichten zu treffen oder vorzubereiten haben, in den Ausstand, wenn sie in der Sache ein persönliches Interesse haben oder aus anderen Gründen in der Sache befangen sein könnten. Den Bestimmungen über den Ausstand kommt nicht nur im Gerichtsverfahren, sondern auch im Verwaltungsverfahren Bedeutung zu. Die Unbefangenheit der Verwaltung ist eine massgebende Garantin, dass die Behörden gesetzmässig handeln (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., 2009, Art. 36 N 2). Rechtsprechungsgemäss stellt es jedoch keinen allgemeinen Ausstandsgrund dar, wenn sich die betreffende Person innerhalb des Verwaltungsverfahrens bereits mit der entsprechenden Sache befasst hat, da ansonsten eine Verwaltungstätigkeit nicht mehr möglich wäre (Ueli Kieser, a.a.O., Art. 36 N 12). Auch der Umstand, dass die mit der Angelegenheit vorbefasste Person zu ungünstigen Schlussfolgerungen für die versicherte Person gelangt ist, begründet allein noch keinen Grund für einen Ausstand (BGE 132 V 110). Der vorliegend zuständige Mitarbeiter des Rechtsdienstes ist zwar in jedem Verfahrensschritt zum Ergebnis gekommen, dass ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers abzuweisen sei. Jedoch hat er seine Beurteilungen jeweils mittels der ihm im entsprechenden Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Akten objektiv begründet. Konkrete Hinweise auf ein persönliches Interesse an einem leistungsabweisenden Entscheid in der Sache des Beschwerdeführers oder Hinweise auf andere Ausstandsgründe sind nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht. Aus diesem Grund erweist sich die Verfahrensrüge des Rechtsvertreters als unbegründet.



2.

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

2.2 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 ATSG 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). Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Erhebung des massgebenden Sachverhalts bildet.

2.3 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 (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten 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 352 E. 3a).

3.



3.1 Vorab zu klären ist die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Die Beschwerdegegnerin hat in rein medizinischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2012 abgestellt. Bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung ist sie jedoch vom Gutachten abgewichen. Sie hat die von Dr. H.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen in rechtlicher Hinsicht als nicht invalidisierend erachtet und ist daher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen. Zu beurteilen ist im Folgenden zunächst, ob das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ in medizinischer Hinsicht überzeugt und als Grundlage für eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung dienen kann.

3.2 Der behandelnde Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ hat am 6. April 2013 zum Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ Stellung genommen. Er hat vorgebracht, dass die Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ in erheblichem Masse diversen Vorbefunden aus den stationären und ambulanten Behandlungen widersprechen (vgl. IV-act. 74-1 ff.). Dr. F.\_\_\_\_ hat u.a. auf eine MRI-Untersuchung des Neurokraniums vom April 2010 verwiesen und festgehalten, dass sich dabei eine disseminierte zerebrale Parenchymschädigung vaskulärer Genese gezeigt habe (vgl. IV-act. 74-2). Die Unterlagen betreffend die erwähnte MRI-Untersuchung sind in den vorliegenden Akten nicht zu finden. Gemäss dem Bericht des Instituts für Radiologie am KSSG vom 17. Dezember 2013 ist ein Verlaufs-MRI des Neurokraniums durchgeführt worden. Der untersuchende Arzt hat festgehalten, dass vergleichend zur Voruntersuchung vom 19. April 2010 unverändert mehrere Glioseherde im Marklager beidseits bei frontaler Betonung mikroangiopathischen Aspekte bestünden (vgl. act. G 16.1). Dr. F.\_\_\_\_ hat diesen objektiven Befund im Zusammenhang mit den anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung im KSSG vom August 2010 festgestellten Funktionsstörungen des Beschwerdeführers gesehen und die Leistungseinbussen dementsprechend als hirnorganisch qualifiziert. Der Gutachter Dr. H.\_\_\_\_ hat demgegenüber weder zu den MRI-Befunden vom April 2010 noch zur Frage, ob eine hirnorganische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gegeben ist, ausdrücklich Stellung genommen. Er hat lediglich im Rahmen des Aktenauszuges zu der darin zitierten MRI-Untersuchung vom 19. April 2010 bemerkt, dass die Weite der inneren und äusseren Liquorräume im altersüblichen Rahmen liege. Im Hyrparenchym fänden sich nur im T2-Bild ganz diskrete, feinfleckige Alterationen im subkortikalen Marklager. Beurteilend hat er festgehalten dass kein wertbar pathologischer Befund intrakraniell bestehe (vgl. IV-act. 67-6). Die



neuropsychologischen Leistungseinbussen hat er somit nicht als durch eine hirnorganische Schädigung verursacht angesehen. Dr. H.\_\_\_\_ hat anlässlich der Begutachtung diverse psychologische und neuropsychologische Testungen mit dem Beschwerdeführer durchgeführt. Zu den Testergebnissen hat er in der Beurteilung festgehalten, dass Hinweise auf Selbstlimitierung und verminderte Anstrengungsbereitschaft seitens des Beschwerdeführers bestanden hätten (vgl. IV-act. 67-13). In ihrem Bericht vom 5. August 2010 hat die untersuchende Neuropsychologin der Klinik für Neurologie am KSSG festgehalten, dass die erhobenen leichten kognitiven Funktionsstörungen in Form von exekutiven Störungen, verbalen Gedächtnisstörungen sowie einer reduzierten konzentrativen Belastbarkeit mit der depressiven Erkrankung des Beschwerdeführers gut vereinbar seien. Die deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiv erlebten starken kognitiven Leistungsbeeinträchtigung im Alltag und den objektivierten leichten neuropsychologischen Defiziten weise ebenfalls auf eine affektive Störung hin. Hinweise auf eine Demenz ergäben sich aus der Untersuchung nicht (vgl. IV-act. 55-4). Die Neuropsychologin hat demnach sämtliche erhobenen Befunde auf die depressive Störung des Beschwerdeführers zurückgeführt. Bezüglich der MRI-Untersuchung vom 19. April 2010 hat sie in der Anamnese ausgeführt, dass die Untersuchung aufgrund des Verdachts auf eine zerebrale Parenchymschädigung vaskulärer Genese durchgeführt worden sei. Es hätten sich dabei einzelne kleine unspezifische, subkortikale, grosshemisphärische Glioseherde gefunden, jedoch kein im Sinne der Fragestellung relevanter pathologischer Befund (vgl. IV-act. 55-1). Sowohl die Neuropsychologin als auch Dr. H.\_\_\_\_ haben also den MRI-Befund im Gegensatz zu Dr. F.\_\_\_\_ als nicht relevant in Bezug auf die neuropsychologischen Beeinträchtigungen erachtet. Jedoch haben sich weder die Neuropsychologin noch H.\_\_\_\_ ausführlich zum MRI-Befund geäussert, sondern haben lediglich und ohne weitere Begründung festgestellt, dass der MRI-Befund nicht pathologisch sei. Angesichts der Umstände, dass beim Beschwerdeführer bereits im Vorfeld der MRI-Untersuchung im April 2010 ein Verdacht auf ein zerebrale Parenchymschädigung vaskulärer Genese bestanden hat, dass seit dem wiederholt neuropsychologische Defizite haben objektiviert werden können, dass Dr. F.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 6. April 2013 erneut die Diagnose einer zerebralen Parenchymschädigung vaskulärer Genese als Ursache für die kognitiven Leistungseinbussen nicht ausgeschlossen hat und im Bericht des



Verlaufs-MRI vom 17. Dezember 2013 (act. G 16.1), welcher diese Diagnose bestätigt, zudem eine Verschlechterung der klinischen Symptomatik des Beschwerdeführers festgestellt worden ist, erscheint die Frage nach einem allfälligen Zusammenhang zwischen einer hirnorganischen Schädigung und den Funktionsausfällen des Beschwerdeführers noch immer als offen. Die Beschwerdegegnerin hätte nicht ohne Weiteres davon ausgehen dürfen, dass beim Beschwerdeführer keine objektivierbare hirnorganische Schädigung vorliegt. Ein objektivierbarer Befund im Neurokranium hat sich im MRI vom 19. April 2010 sowie im Verlaufs-MRI vom 17. Dezember 2013 gezeigt. Ob die neuropsychologischen Defizite auf diesen Befund zurückzuführen sind, wie es Dr. F.\_\_\_\_ vermutet hat, wäre seitens der Beschwerdegegnerin vor Erlass der Verfügung ergänzend abzuklären gewesen. Demnach erweist sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in neurologischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt, weshalb auch nicht auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ abgestellt werden kann. Die Angelegenheit ist zur Vornahme ergänzender medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Angezeigt erscheint eine erneute neurologische Untersuchung – sinnvollerweise in der Klinik für Neurologie am KSSG – und je nach objektivem Befund allenfalls eine erneute neuropsychologische Abklärung des Beschwerdeführers. Anschliessend sind die Untersuchungsergebnisse Dr. H.\_\_\_\_ zur erneuten Beurteilung zu unterbreiten, Gleichzeitig soll der Gutachter auch zu den Einwänden Dr. F.\_\_\_\_s vom 6. April 2013 – sowohl zu denen in neurologischer als auch zu jenen in psychiatrischer Hinsicht – Stellung nehmen.

3.3 Da auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann, entfällt die erforderliche medizinische Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Somit fällt auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Beschwerdegegnerin, welche sich in medizinischer Hinsicht auf das nicht überzeugende Gutachten abstützt, dahin. Festzuhalten bleibt, dass dem Beschwerdeführer sowohl wiederholt von den behandelnden Ärzten als auch vom Gutachter Dr. H.\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Störung diagnostiziert worden ist (vgl. IV-act. 21-1, 25-1, 45-1, 67-12), was aufgrund der erhobenen Befunde nachvollziehbar erscheint. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann eine invalidisierende Wirkung dieser depressiven Störung nicht ohne Weiteres verneint werden. Bezüglich der Bedeutung psychosozialer Belastungsfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Störung finden sich in den Akten widersprüchliche Angaben. Die Beschwerdegegnerin ist davon



ausgegangen, dass die depressive Störung allein auf die Kündigung des Arbeitsplatzes per Ende März 2010 zurückzuführen sei (vgl. act. G 6). Demgegenüber hat der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ hat am 6. August 2010 angegeben, dass die depressive Episode vermutlich schon seit ca. 2007 in schwankender Ausprägung bestehe (vgl. IV-act. 25-1). Dr. F.\_\_\_\_ hat der Kündigung – wenn überhaupt – lediglich eine auslösende Wirkung für eine erneute depressive Phase bei einer vorbestehenden endogenen Depression beigemessen (vgl. IV-act. 74-2). Dr. Gut hat die Depression als sekundär resultierende Störung der von ihm als vordergründig diagnostizierten Persönlichkeitsstörung gesehen (vgl. IV-act. 67-12). Vor diesem Hintergrund ist die Frage eines Zusammenhangs zwischen allfälligen psychosozialen Belastungsfaktoren und der depressiven Störung des Beschwerdeführers (d.h. ob diese rein reaktiver Natur ist oder selbstständigen Krankheitswert aufweist) im Rahmen der ergänzenden medizinischen Abklärungen nochmals aufzugreifen und eine Stellungnahme seitens des Gutachters Dr. H.\_\_\_\_ einzuholen.

4.

4.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2013 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 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. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungs-



gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Für den Vertretungsaufwand, wie es die vorliegende Angelegenheit erfordert hat, erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

### **entschieden:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 17.

Mai 2013 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 geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.