



**Fall-Nr.:** IV 2013/53  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.05.2020  
**Entscheiddatum:** 13.04.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 13.04.2015**

**Art. 43. Abs. 1 ATSG. Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin, da der rechtserhebliche Sachverhalt nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. April 2015, IV 2013/53).**

Entscheid Versicherungsgericht, 13.04.2015

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Lea Locher

#### **Entscheid vom 13. April 2015**

in Sachen

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, rohner thurnherr wiget & partner,  
Rosenbergstrasse 42b, 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 15. Dezember 2010 zur Früherfassung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Er gab an, wegen eines Bandscheibenvorfalls (seit April 2008) und Asthma arbeitsunfähig zu sein. Seit dem 1. Juli 2009 sei er arbeitslos. Zuvor habe er zwei Jahre lang als Schichtarbeiter bei der B.\_\_\_\_ AG gearbeitet. Laut einem beigelegten Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 14. August 2010, seien dem Versicherten mittlere oder schwerere körperliche Tätigkeiten wegen eines Rücken- und Bandscheibenleidens nicht mehr zumutbar (IV-act. 2). Am 13. Januar 2011 forderte die IV-Stelle den Versicherten auf, sich bei der IV anzumelden (IV-act. 4). Der Versicherte meldete sich fristgerecht am 17. Januar 2011 für Massnahmen für die berufliche Eingliederung an (IV-act. 5). Er gab an, in D.\_\_\_\_ aufgewachsen zu sein. Von 1992 bis 1996 habe er in E.\_\_\_\_ ein Studium in Lebensmittelchemie absolviert und von 1997 bis 1998 in D.\_\_\_\_ als Lehrer gearbeitet.

A.b Anlässlich eines telefonischen Gesprächs vom 8. Februar 2011 mit RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, der Versicherte leide seit 8 bis 9 Monaten an Schmerzen im Lendenbereich mit Ausstrahlung in die Beine bei einer Diskushernie L4/5 und L5/S1 sowie einer Nervenwurzelkompression L4/5 beidseits (IV-act. 15). Im Dezember 2010 habe sich der Versicherte einer Herniotomie unterziehen müssen und am 20. Januar 2011 sei er wegen einer akuten Prostatitis hospitalisiert worden. Die bisherige Tätigkeit als Fabrikationsmitarbeiter sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar, da er keine schweren Lasten mehr heben dürfe. In einer leichten, rückschonenden Tätigkeit in Wechselposition sei er vorerst vier Stunden pro Tag arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit sei je nach Symptomatik steigerbar. Dr. G.\_\_\_\_ unterzeichnete das Gesprächsprotokoll am 20. Februar 2011 (IV-act. 26). RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ erklärte am 8. Februar 2011, dass die Angaben des Hausarztes plausibel seien (IV-act. 14). Die angestammte Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Die operierte Leistenhernie und die aktuelle Prostataentzündung hätten nach der Ausheilung keine Auswirkungen auf die



## St.Galler Gerichte

Arbeitsfähigkeit. Eine körperlich leichte, rückschonende Tätigkeit in wechselnder Position sei dem Versicherten noch zumutbar.

A.c Die B.\_\_\_\_ AG berichtete am 15. Februar 2011, dass sie den Versicherten vom 1. Mai 2007 bis 30. April 2009 als Maschinenführer beschäftigt habe (IV-act. 17). Die Kündigung sei aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt. Dem beigelegten Lohnjournal war zu entnehmen, dass der Versicherte monatlich Fr. 3'600.-- (zzgl. Schichtzulage, Leistungsprämie und 13. Monatslohn) verdient hatte. Gemäss dem IK-Auszug hatte der Versicherte im Jahr 2008 ein Einkommen von Fr. 55'246.-- erzielt (IV-act. 18).

A.d Die Neurochirurgie des KSSG hatte am 30. August 2010 berichtet, dass der Versicherte an einer Lumbalgie mit Ausstrahlung in die linke untere Extremität leide (IV-act. 32-16 f.). Die Hauptschmerzstrasse lasse sich nicht genau eruieren. Eine Computertomographie der LWS vom 11. August 2010 (IV-act. 32-18) habe eine multisegmentale Degeneration im Bereich der LWS gezeigt. Die am meisten fortgeschrittene Degeneration befinde sich zwischen LWK3 bis LWK5 mit beginnender Osteochondrose und Spondylarthrose mit begleitender Ligamenta flava Hypertrophie und konsekutiver Enge des Spinalkanals. Am 20. September 2010 hatte dieselbe Klinik erklärt, dass der Versicherte an einer Lumbalgie mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die linke untere Extremität bei Verdacht auf ein ISG-Syndrom links leide (IV-act. 32-14 f.). Die Magnetresonanztomographie vom 20. September 2010 habe keine Kompression neuraler Strukturen gezeigt (vgl. IV-act. 32-13). Besonders die S1-Wurzel und die L5-Wurzel auf der linken Seite seien frei gewesen. Eine operative Sanierung sei nicht indiziert. In der Folge war am 19. Oktober 2010 eine ISG-Infiltration durchgeführt worden (IV-act. 32-10). Vom 21. bis 27. Dezember 2010 war der Versicherte wegen einer lateralen Inguinalhernie links im Spital H.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen (IV-act. 32-4 f.). Die Spitalfachärztin hatte angegeben, dass der Versicherte vor dem Austritt über einen Sensibilitätsausfall am linken Oberschenkel geklagt habe. Motorik und Durchblutung seien regelrecht gewesen. Da die Beschwerden erst drei Tage postoperativ aufgetreten seien, sei ein Zusammenhang mit der Operation nicht ersichtlich. Die Klinik für Urologie des KSSG hatte am 20. Januar 2011 berichtet, dass der Versicherte an rechtsseitigen Hoden-Schmerzen leide (IV-act. 32-2). Am 23. Februar 2011 erklärte dieselbe Klinik, dass ein Verdacht auf eine Epididymitis links bestehe (IV-act. 28).



## St.Galler Gerichte

A.e Am 17. März 2011 wurde der Versicherte von RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, untersucht (Bericht vom 23. März 2011, IV-act. 35). Der Versicherte gab bei der Untersuchung an, dass die Rückenschmerzen erstmals im November 2008 aufgetreten seien. Die Arbeitsstelle sei ihm aufgrund seiner gesundheitlichen Absenzen gekündigt worden. Seit Mai 2009 leide er unter anhaltenden starken Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein. Die ISG-Infiltration vom 11. Oktober 2010 (richtig: 19. Oktober 2010) habe keine wesentliche Linderung gebracht. Dr. F.\_\_\_\_ gab als Hauptdiagnose eine Lumbalgie mit Ausstrahlung ins linke Bein bei Diskushernie L5/S1 und Tangierung der Nervenwurzel L4 und L5, ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression, an. Als Nebendiagnosen gab sie einen Status nach laparoskopischer Herniotomie links (Dezember 2010) und einen Status nach Prostatitis bei Chlamydien-Infekt (Januar 2011) an. Zusammenfassend hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass die Beweglichkeit der lumbalen Wirbelsäule schmerzbedingt etwas eingeschränkt sei. Sie habe in der Untersuchung jedoch keine Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression gefunden. Schwere körperliche Tätigkeiten wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seien dem Versicherten wegen der Diskushernie nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten Tätigkeit im Sitzen und in Wechselposition sei er aber zu 100 % arbeitsfähig. Mit Schreiben vom 4. April 2011 teilte der Versicherte der RAD-Ärztin mit, dass der postoperative Verlauf der Herniotomie links weder unauffällig noch unproblematisch verlaufen sei, da er seit diesem Eingriff kein Gefühl mehr im linken Oberschenkel habe (IV-act. 36). Der dadurch verursachte schräge Gang löse Rückenschmerzen aus. Auch sei nicht richtig, dass er in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Er habe mithilfe des RAV vom 1. Dezember 2009 bis 31. Mai 2010 ein Praktikum in einem Labor absolviert. Das Vollpensum habe er nur mit Schmerzmitteln und Therapien (Massage) bewältigen können. Die RAD-Ärztin antwortete dem Versicherten am 18. April 2011, dass sie die eingenommenen Medikamente im Dossier vermerkt habe und dass er die abschliessende Beurteilung von der IV-Stelle erhalten werde (IV-act. 37).

A.f Am 14. Februar 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die beruflichen Massnahmen abgeschlossen würden, weil es nicht gelungen sei, ihn innert angemessener Zeit in den Arbeitsmarkt zu integrieren (IV-act. 59).



## St.Galler Gerichte

A.g Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, gab in seinem Bericht vom 5. April 2010 die folgenden Diagnosen an (IV-act. 63): Status nach Discushernie L4/L5 mit lumboradikulärem Schmerzsyndrom, 2 x PRT, persistierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und chronisches cervikothorakovertebrales Schmerzsyndrom. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit empfehle er eine medizinische Abklärung durch die IV. Der Oberarzt und der Sozialarbeiter des Psychiatrischen Zentrums J.\_\_\_\_ berichteten am 17. April 2012, dass der Versicherte nur kurze Zeit bei ihnen in Behandlung gewesen sei (IV-act. 64). Zwischen dem 27. Oktober 2011 und dem 13. März 2012 hätten drei Konsultationen beim Sozialarbeiter, eine davon in Anwesenheit des Oberarztes, stattgefunden. Aus psychiatrischer Sicht lägen keine IV-relevanten Erkrankungen vor.

B.

B.a Mit Vorbescheid vom 4. Mai 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Abweisung seines Rentengesuchs vorgesehen sei (IV-act. 67). Die Abklärungen hätten ergeben, dass ihm seine angestammte Tätigkeit als Maschinenführer und andere schwere körperliche Tätigkeiten seit Mai 2009 nicht mehr zumutbar seien. In körperlich leichten Tätigkeiten im Sitzen und in Wechselposition sei er aber aus medizinischer Sicht weiterhin uneingeschränkt voll arbeitsfähig. Er sei in der Lage, mindestens das gleiche Einkommen wie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, d.h. Fr. 55'246.--, zu erzielen. Der Invaliditätsgrad betrage daher 0 %. Dagegen wendete der Versicherte am 11. Juni 2012 ein, dass es ihm nicht möglich sei, zu 100 % zu arbeiten (IV-act. 71). Neben den bekannten Beschwerden leide er unter Atemproblemen. In einer Computertomographie von letzter Woche sei Asbest festgestellt worden. Sogar bei der Erledigung leichter Haushaltarbeiten sei er nach kurzer Zeit völlig erschöpft und steif und benötige eine lange Pause. Wenn ihm die IV-Stelle nicht glaube, sei er bereit, sich einem körperlichen Leistungstest zu unterziehen.

B.b Der Chiropraktor Dr. K.\_\_\_\_ berichtete am 12. Juni 2012, dass der Versicherte an einem pseudoradikulären lumbovertebralen Syndrom bei Diskopathie L5/S1 und evtl. an einer Schmerzverarbeitungsstörung leide (IV-act. 80). Beim Ausfüllen des Bournemouth-Fragebogens für Patienten mit Rückenschmerzen habe er oft die höchste Schmerzintensität angegeben, obwohl er problemlos ohne fremde Hilfe und



ohne sichtliche Mühe in das Sprechzimmer habe hineingehen können. Auch bei der Anamnese sei eine Diskrepanz zwischen den Fragebogenaussagen und dem optischen Erscheinungsbild des Versicherten aufgetreten. Der Chiropraktor befand u.a., dass die Sensibilität der unteren Extremität intakt sei. Die Pneumologie des KSSG berichtete am 26. Juli 2012, dass der Versicherte an folgenden Diagnosen leide (IV-act. 79-1, vollständige Version: IV-act. 86-4 f.):

1. Verkalkte Pleuraplaque antero-lateral rechter Oberlappenbereich (CT 05.06.2012 RODIAG)

- DD: posttuberkulös, Asbest weniger wahrscheinlich

2. Asthma bronchiale, ED 2010

- am 06.07.2012 partiell kontrolliert mit mittelschwerer obstruktiver Ventilationsstörung
- am 23.07.2012 kontrolliert ohne Obstruktion
- FENO mit 22 ppb im Normalbereich
- Prick-Test ohne Nachweis einer Sensibilisierung (23.07.2012)

3. Psychosoziale Problematik bei Migrationshintergrund

- vor 10 Jahren aus D. \_\_\_ eingewandert
- arbeitslos und ausgesteuert
- gelernter Lebensmittelfachmann
- diffuse Schmerzproblematik

Der leitende Arzt gab an, dass der Versicherte einen chronischen Husten mit wenig Auswurf beklagt habe. Bei Staubexposition und kalter Luft komme es zu Nasenlaufen und Dyspnoe. Das Asthma bronchiale sei bisher unbefriedigend therapiert worden; nun



## St.Galler Gerichte

bestehe ein kontrolliertes Asthma mit entsprechender Verbesserung der Symptomatik. Bezüglich der pleuralen Verkalkung erscheine die Situation computertomographisch unverdächtig. Zurzeit sei der Versicherte diesbezüglich asymptomatisch. Weitere Kontrollen seien nicht indiziert.

B.c Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG berichtete am 23. August 2012, der Versicherte leide an einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom bei vorbekannter Diskopathie L5/S1 sowie an einem cervikobrachialen Schmerzsyndrom (IV-act. 87-12 f.). Die Klinik befand, dass sich neurologisch ein unauffälliges Bild der unteren Extremität gezeigt habe. Die funktionelle Beweglichkeit der LWS sei, mit leichter Provokation im Bereich der Reklination, intakt gewesen. Im Röntgenbild habe sich eine moderate Degeneration im Segment L5/S1 ohne neurogene komprimierende Anteile gezeigt. Zur besseren Eingrenzung des Befundes erfolge die Anmeldung zu einem MRI der LWS und der HWS. Am 13. September 2012 berichtete dieselbe Klinik, dass der Versicherte an einer Diskusdegeneration L3/4 mit relativer Spinalkanalstenose und einer Kyphosierung der HWS Segment 2-6 mit relativer Spinalkanalstenose leide (IV-act. 87-10 f.). Der Versicherte habe über eine Verschlechterung der Symptomatik berichtet. Sensible Defizite bestünden nicht. Es liege keine massive Wurzelaffektion vor. Aufgrund der relativ diffusen Schmerzsymptomatik und einer fehlenden eindeutigen Diskushernie sei dem Versicherten zunächst eine epidurale Infiltration im Segment L3/4 empfohlen worden. Sollte sich keine Verbesserung ergeben, müsste sich der Versicherte in der Schmerzambulanz vorstellen. Am 5. Oktober 2012 berichtete die Neurochirurgie des KSSG über die epidurale Infiltration vom 5. Oktober 2012 (IV-act. 85). Da der Versicherte postinterventionell seine Beine nicht mehr aktiv bewegen können und er kein Gefühl mehr in den Beinen gehabt habe, sei er zur Überwachung bis am 6. Oktober 2012 hospitalisiert worden. Die umschriebene Symptomatik sei im Verlauf absolut regredient gewesen. Die Pneumologie des KSSG berichtete am 24. Oktober 2012, dass das Asthma bronchiale und die psychosoziale Problematik Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten (IV-act. 86-2 f.). Die verkalkte Pleuraplaque antero-lateral rechter Lungenoberlappen (DD: posttuberkulös oder nach Asbestexposition) habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Wegen des allergischen Asthmas dürfe der Versicherte keiner Kälte- oder Staubexposition ausgesetzt sein. Im Übrigen könnten keine zuverlässigen Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG gab am 4.



## St.Galler Gerichte

Dezember 2012 an, dass der Versicherte wegen der Rückenschmerzen in seiner bisherigen Tätigkeit eingeschränkt sei (IV-act. 87-1). Die bisherige Tätigkeit sei ihm jedoch noch zumutbar; die Klinik nannte allerdings keinen zeitlichen Rahmen. Aus orthopädischer Sicht bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Sodann gab die Klinik an, dass zurzeit nicht beurteilbar sei, ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne.

B.d Die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ hielt am 13. Dezember 2012 fest, dass sich bezüglich der Rückenproblematik seit der letzten Stellungnahme nichts geändert habe (IV-act. 88). Das Asthma bronchiale habe gut eingestellt werden können. Der Versicherte sei in einer körperlich leichten, sitzenden/wechselbelastenden Tätigkeit ohne Kälte- und Staubexposition zu 100 % arbeitsfähig.

B.e Mit Verfügung vom 3. Januar 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 89).

C.

C.a Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 2. Februar 2013 Beschwerde (act. G 1). Er erklärte, mit der Verfügung nicht einverstanden zu sein. Vor allem verstehe er nicht, wie er trotz seiner Rückenschmerzen zu 100 % arbeitsfähig sein solle. Der Beschwerdeführer beantragte eine Nachfrist zur Beschwerdeergänzung. Am 11. Februar 2013 liess der inzwischen rechtlich vertretene Beschwerdeführer erneut eine Nachfrist zur Beschwerdeergänzung und gegebenenfalls zum Rückzug der Beschwerde beantragen (act. G 2). Innert erstreckter Frist reichte der Rechtsvertreter am 20. März 2013 die Beschwerdeergänzung ein (act. G 6). Er stellte die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 3. Januar 2013 sei aufzuheben.
2. Das Verfahren sei zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung (orthopädisch/ pneumologisch/psychiatrisch), beinhaltend eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



## St.Galler Gerichte

3. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. August 2011 eine halbe IV-Rente auszurichten.

4. Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu gewähren.

Zur Begründung führte der Rechtsvertreter an, die einzigen bildgebenden Abklärungen (CT und MRI) im IV-Dossier stammten vom Herbst 2010. Das KSSG habe aufgrund einer Computertomographie an den Wirbeln L3-S1 Diskushernien festgestellt, wobei zumindest in den Bereichen L3/4 und L4/5 eine Tangierung bzw. Kompression der Nervenwurzel attestiert worden sei. Im MRI habe eine Kompression im Bereich der linken Nervenwurzel weder eindeutig nachgewiesen noch ausgeschlossen werden können. Bestätigt worden sei immerhin die rezessale Tangierung der Nervenwurzeln L4/L5 sowie eine Einengung des Spinalkanals. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb im Herbst 2012 keine neuen Röntgenbilder angefertigt worden seien. Für eine Irritation (evtl. Kompression) der Nervenwurzel sprächen die Tatsachen, dass es beim Beschwerdeführer nach jedem operativen Eingriff zu Sensibilitätsstörungen im Bereich der Beine v.a. linksseitig gekommen sei, diese nach der Leistenhernien-OP persistiert und die durchgeführten Infiltrationen zu keiner massgeblichen Verbesserung der Beschwerdesituation beigetragen hätten. Vor allem die beständigen Gefühlsstörungen, die damit verbundene Fehlhaltung und die daraus resultierenden Rückenbeschwerden bei längerdauernder Arbeitstätigkeit seien von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt worden. Die Pneumologie des KSSG habe erklärt, dass die Arbeitsfähigkeit nicht zuverlässig beurteilbar sei. Dr. I.\_\_\_\_ habe eine medizinische Abklärung durch die IV empfohlen. Dr. G.\_\_\_\_ habe die Arbeitsfähigkeit auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf 50 % festgelegt. Dieser habe zudem erstmals eine depressive Verstimmung festgestellt. Bereits aus dem Gesprächsprotokoll der Früherfassung vom 10. Januar 2011 ergäben sich Hinweise auf einen beginnenden sozialen Rückzug. Und schliesslich führte der Rechtsvertreter noch an, dass rechtsprechungsgemäss eine versicherungsexterne Begutachtung angeordnet werden müsse, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und der Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen des RAD beständen. Einem beigelegten Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 13. März 2013 war zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer als Folge der Diskushernie an einem chronischen lumbovertebralen



## St.Galler Gerichte

Syndrom leide (act. G 6.1 Beilage 9). Die chronischen Schmerzen verhinderten eine körperliche Aktivität und verursachten zusätzlich eine depressive Verstimmung. Aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste körperliche Aktivität von mehr als 50 % nicht zumutbar.

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 29. April 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Zur Begründung führte sie an, dass der RAD-Untersuchungsbericht vom 23. März 2011 von einer Fachärztin erstellt worden sei, die Kenntnis aller relevanter medizinischen Akten gehabt und eine eigene Untersuchung durchgeführt habe. Ihre Beurteilung sei kohärent und widerspruchsfrei. Eine weitere Röntgenuntersuchung brächte keine neuen Erkenntnisse, da ein Röntgenbild allein für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht massgebend sei. Für die Beurteilung der funktionellen Einschränkungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei der klinische Befund wesentlich und massgebend.

C.c Am 14. Mai 2013 gewährte das Gericht die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 10).

C.d Mit Replik vom 10. Juli 2013 liess der Beschwerdeführer an den mit der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren festhalten (act. G 14). Sein Rechtsvertreter machte geltend, weitere Abklärungen hätten zutage gefördert, dass der Beschwerdeführer bereits seit dem 7. August 2012 in psychiatrischer Behandlung stehe. Diesbezüglich verwies der Rechtsvertreter insbesondere auf den beigelegten Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_. Weiter sei der postoperative Verlauf nach der Leistenhernienoperation entgegen der Behauptung der RAD-Ärztin nicht unauffällig und unproblematisch gewesen; den beklagten Sensibilitätsstörungen sei nicht nachgegangen worden. Dr. L.\_\_\_\_, Arzt Psychiatrie/Psychotherapie, hatte am 27. Juni 2013 berichtet, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (F33.1), leide (act. G 14.1.1). Als Differentialdiagnose hatte er eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) angegeben. Der Beschwerdeführer habe ihn Anfang August 2012 das erste Mal aufgesucht. Er habe über seit längerer Zeit bestehende Beschwerden wie Nervosität, Explosivität, Lustlosigkeit, deprimierte Stimmung, Hoffnungslosigkeit, Kraftlosigkeit,



Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Suizidgedanken, fast jede Nacht auftretende Angstträume und ausgeprägte Schlafstörungen geklagt. Seit 2010 "bestehe Arbeitsunfähigkeit". In der Beurteilung hatte Dr. L. \_\_\_ angegeben, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2010 gesundheitlich einen deutlichen Knick in seiner Lebenslinie erlitten habe. Die depressive Störung sei im Gefolge der somatischen Probleme aufgetreten. Ursächlich seien vermutlich die traumatischen Erlebnisse in D. \_\_\_ und M. \_\_\_ (Kriegserlebnisse). Die Prognose betreffend die Wiedererlangung der vollen körperlichen und psychischen Gesundheit mit entsprechender Erwerbsfähigkeit sei schlecht.

C.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 16).

C.f Am 7. Januar 2014 reichte der Rechtsvertreter einer Kostennote über den Betrag von Fr. 3'456.-- ein (act. G 18).

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 3. Januar 2013 hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 0 % abgelehnt. Strittig ist demnach, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit



verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.

2.1 Unbestritten und aufgrund der klinischen und bildgebenden Befunde ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Rückenbeschwerden in körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten und damit auch in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinenführer nicht mehr arbeitsfähig ist. Umstritten ist, ob dem Beschwerdeführer die Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit noch zumutbar ist. Die Neurochirurgie des KSSG hat am 30. August 2010 angegeben, dass der Beschwerdeführer an einer Lumbalgie mit Ausstrahlung in die linke untere Extremität leide. Am 20. September 2010 hat dieselbe Klinik erklärt, dass ein aktueller MRI-Befund keine Kompression neuraler Strukturen gezeigt habe. RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ hat angegeben, dass auch die klinische Untersuchung vom 17. März 2011 keine Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression ergeben habe; sie hat die Diagnose der Neurochirurgie des KSSG bestätigt. Die RAD-Ärztin hat auch – entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters – die geltend gemachten Sensibilitätsstörungen in den Beinen untersucht. Der Befund ist diesbezüglich allerdings unauffällig und die Sensibilitätsstörung segmental nicht zuordenbar gewesen (siehe IV-act. 35-2); zudem haben weder der Chiropraktor Dr. K.\_\_\_\_ (Juni 2012) noch die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG (September 2012) sensible Defizite in den Beinen feststellen



können. Die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit im Sitzen und in Wechselposition ist von der RAD-Ärztin auf 100 % geschätzt worden. Diese hat ihre Einschätzung unter Berücksichtigung der Anamnese sowie unter Berücksichtigung der Angaben des Beschwerdeführers, der aktuellen bildgebenden Befunde (MRI vom 20. September 2010) und aufgrund der eigenen klinischen Untersuchung abgegeben. Ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung ist angesichts der objektiven gesundheitlichen Einschränkungen (Diskushernien L5/S1 ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression) gut nachvollziehbar. Die Klinik für Orthopädische Chirurgie hat im August 2012 ein neues Röntgenbild erstellt: Dieses hatte eine moderate Degeneration im Segment L5/S1 ohne neurogene komprimierende Anteile gezeigt. Ein MRI vom September 2012 hat zudem eine Diskusdegeneration L3/4 mit relativer Spinalkanalstenose und einer Kyphosierung der HWS im Segment 2-6 mit relativer Spinalkanalstenose gezeigt. Die Klinik hat erklärt, dass weder sensible Defizite noch eine massive Wurzelaffektion bestünden. Es liege eine relativ diffuse Schmerzsymptomatik vor; eine eindeutige Diskushernie fehle. Einerseits sind somit – entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters – im Herbst 2012 neue Röntgen- und MRI-Aufnahmen erstellt worden. Andererseits haben die aktuellen bildgebenden Befunden neue, im MRI vom September 2010 noch nicht vorhandene degenerative Veränderungen gezeigt. Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG hat im Dezember 2012 zwar eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Ihre Angaben sind jedoch widersprüchlich und deshalb von vornherein nicht beweiskräftig: So hat die Klinik einerseits erklärt, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei. Andererseits hat sie angegeben, dass momentan nicht beurteilbar sei, ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne. RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ hat ebenfalls im Dezember 2012 zu den neuen medizinischen Berichten Stellung genommen. Sie hat sinngemäss erklärt, dass die neuen MRI-Befunde keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit hätten, d.h. dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit nach wie vor zu 100 % arbeitsfähig sei. Der Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_ hat indessen im März 2013 erklärt, dass der Beschwerdeführer wegen der chronischen Schmerzen auch in einer adaptierten Tätigkeit nur zu 50 % arbeitsfähig sei. Die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ überzeugt nicht: Aus den im Recht liegenden medizinischen Berichten geht klar hervor, dass die Schmerzen des Beschwerdeführers nur teilweise durch die objektiven



Befunde erklärt werden können. Der Chiropraktor Dr. K.\_\_\_\_ hat sogar den Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung gestellt. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass sich die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ hauptsächlich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützt. Die Arbeitsfähigkeit bemisst sich jedoch einzig nach der Arbeitsleistung, die einer versicherten Person objektiv betrachtet noch zumutbar ist. Demgegenüber ist die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der RAD-Ärztin unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die neuen degenerativen Veränderungen nicht erheblich sind, insbesondere keine massive Wurzelaffektion und keine eindeutige Diskushernie besteht, überzeugend. Es ist daher aus orthopädischer Sicht auch im Zeitpunkt des Verfügungserlasses (Januar 2013) von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit adaptiert auszugehen.

2.2 Der Rechtsvertreter hat weiter geltend gemacht, dass zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht eine EFL hätte durchgeführt werden müssen. Der RAD kann bei der Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs die geeigneten Prüfmethode im Rahmen seiner medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Art. 49 Abs. 1 IVV). RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer im März 2011 untersucht hat, hat keine EFL angeordnet bzw. durch die zuständige IV-Sachbearbeiterin anordnen lassen. Es ist somit davon auszugehen, dass sie die Durchführung einer EFL als nicht indiziert erachtet hat. Dies ist im vorliegenden Fall gut nachvollziehbar: Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schmerzen lassen sich anhand der bildgebenden und klinischen Befunde nur teilweise erklären. Unter diesen Umständen ist eine EFL offensichtlich nicht geeignet, einen Beitrag zur Schätzung der aus objektiver Sicht noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu leisten. Denn eine EFL liefert nur ein überzeugendes Resultat, wenn der Proband bei der Durchführung der funktionellen Tests an seine Leistungsgrenzen geht. Angesichts der sehr pessimistischen Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers muss davon ausgegangen werden, dass er eine EFL eher dazu nutzen würde, seine Arbeitsunfähigkeit zu demonstrieren.

2.3 Der Rechtsvertreter hat alsdann kritisiert, dass die Beschwerdegegnerin keine pneumologische Begutachtung in Auftrag gegeben habe. Die Pneumologie des KSSG hat am 26. Juli 2012 berichtet, dass der Beschwerdeführer an einer verkalkten



Pleuraplaque antero-lateral rechter Oberlappenbereich (DD: posttuberkulös, Asbest weniger wahrscheinlich) und einem Asthma bronchiale leide. Bezüglich ersterer Diagnose sei der Beschwerdeführer zurzeit ohne erkennbare Symptome. Das Asthma sei in der Vergangenheit unbefriedigend therapiert worden; nun bestehe aber ein kontrolliertes Asthma mit entsprechender Verbesserung der Symptomatik. Dieselbe Klinik hatte am 24. Oktober 2012 angegeben, dass die verkalkte Pleuraplaque antero-lateral rechter Lungenoberlappen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Das Asthma bronchiale habe insoweit einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, als sich der Beschwerdeführer bei der Arbeit nicht Kälte oder Staub aussetzen dürfte. Diese Einschätzung der Pneumologie des KSSG ist schlüssig und gut nachvollziehbar. Zwar hat die Klinik im Bericht vom 24. Oktober 2012 noch angegeben, dass sie gestützt auf die ihr vorliegenden Unterlagen keine zuverlässigen Angaben zur Arbeitsfähigkeit machen könne. Aufgrund der klaren Angaben zur Arbeitsfähigkeit in pulmonaler Hinsicht ist jedoch davon auszugehen, dass sie sich hierbei auf die Arbeitsfähigkeit in polydisziplinärer Hinsicht, d.h. u.a. auch unter Berücksichtigung der von ihr angegebenen psychosozialen Problematik, bezogen hat. Aufgrund der überzeugenden Angaben des KSSG erübrigt sich eine pneumologische Begutachtung. Der Beschwerdeführer ist folglich in pulmonaler Hinsicht nur insoweit in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, als eine adaptierte Tätigkeit keine Staub- oder Kälteexposition beinhalten darf.

2.4 Der Rechtsvertreter hat schliesslich noch vorgebracht, dass die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Begutachtung hätte in Auftrag geben müssen. Den ersten Hinweis, dass auch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung bestehen könnte, hat der Chiropraktor Dr. K.\_\_\_\_ am 12. Juni 2012 geliefert, indem er den Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung geäussert hat. Die Pneumologie des KSSG hat am 26. Juli 2012 festgehalten, dass eine psychosoziale Problematik bei Migrationshintergrund bestehe (arbeitslos, diffuse Schmerzproblematik etc.). Am 24. Oktober 2012 hat dieselbe Klinik erklärt, dass diese psychosoziale Problematik Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Der Hausarzt Dr. G.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 13. März 2013 festgehalten, dass die chronischen Schmerzen eine depressive Verstimmung verursachten. Mit Replik vom 10. Juli 2013 hat der Rechtsvertreter einen Bericht des Psychiaters Dr. L.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2013 eingereicht. Der Psychiater hat darin erklärt, dass sich der Beschwerdeführer Anfang August 2012 und damit rund ein



halbes Jahr vor Verfügungserlass in seine Behandlung begeben habe. Dr. L.\_\_\_\_ hat dem Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, diagnostiziert. Als Differentialdiagnose hat er eine posttraumatische Belastungsstörung angegeben. Dem Bericht ist zudem folgender Satz zu entnehmen: "Seit 2010 besteht Arbeitsunfähigkeit". Es ist unklar, ob es sich hierbei um die Einschätzung des Psychiaters oder die Angaben des Beschwerdeführers handelt. Es ist auch unklar, ob sich die Beurteilung auf die Arbeitsfähigkeit in somatischer, psychiatrischer oder polydisziplinärer Hinsicht bezieht; ebenso wenig ist ersichtlich, ob diese Einschätzung für die angestammte oder auch für adaptierte Tätigkeiten gilt. Daneben enthält der Bericht auch keine Angaben zum psychopathologischen Befund. Trotzdem weckt der Bericht des Psychiaters Zweifel daran, ob im Verfügungszeitpunkt nicht doch eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden haben könnte. Diese Zweifel vermag auch der Bericht des Psychiatrischen Zentrums J.\_\_\_\_ vom April 2012, wonach keine IV-relevante psychiatrische Erkrankung vorliege, nicht zu nehmen. Denn es haben nur drei Konsultationen beim Sozialarbeiter stattgefunden, wobei nur einmal eine psychiatrische Fachperson anwesend gewesen ist. Der Sachverhalt ist folglich nicht mit dem notwendigen Beweisgrad erstellt. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung zurückzuweisen.

2.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Sache zur Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung und zur anschliessenden Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Da mit der neuen Verfügung frühestens Mitte 2015 zu rechnen ist und die letzten medizinischen Berichte betreffend das Rückenleiden in diesem Zeitpunkt zweieinhalb Jahre alt sein werden, wird die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zudem zu seiner somatischen Verlaufskontrolle, allenfalls durch den RAD, aufbieten müssen.

3.

3.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des



## St.Galler Gerichte

Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

3.2 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. 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 Rechtsvertreter hat eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 3'456.-- eingereicht. Die eingereichte Honorarnote bezieht sich jedoch nur auf den Fall, dass – zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege – der Staat die Parteientschädigung zu bezahlen gehabt hätte, was bei Unterliegen des Beschwerdeführers der Fall gewesen wäre (gekürztes Honorar, vgl. Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Da der Verfahrensausgang jedoch als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten ist, hat der Beschwerdeführer Anspruch auf ein ungekürztes Honorar zu einem Stundenansatz von Fr. 250.-- (mittleres Honorar, vgl. Art. 21 Abs. 1 HonO). Aufgerechnet auf das mittlere Honorar beträgt die geforderte Parteientschädigung Fr. 4'320.-- (16 Stunden x Fr. 250.-- zzgl. 8 % MwSt.). In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad richtet das Versicherungsgericht aber praxismässig nur eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- aus. Vorliegend hat es sich zudem um einen eindeutig unterdurchschnittlich aufwändigen Fall gehandelt: Das Aktendossier ist dünn, die Aktenlage klar gewesen und es haben sich keine schwierigen Rechtsfragen gestellt. Der vom Rechtsvertreter geltend gemachte Vertretungsaufwand von 16 Stunden erweist sich daher als deutlich übersetzt. Eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

**entschieden:**



## St.Galler Gerichte

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 3. Januar 2013 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu bezahlen.