



Fall-Nr.: IV 2011/177
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 17.04.2013
Entscheiddatum: 17.04.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 17.04.2013

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung eines auf einer persönlichen Untersuchung beruhenden RAD-Berichts. Bei der Würdigung von RAD-Berichten sind an die Beweismündigung strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Aufgrund fehlender schlüssiger Auseinandersetzung mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen sowie früherer RAD-Stellungnahmen erweist sich der RAD-Bericht als nicht beweiskräftig. Rückweisung zur Einholung eines externen Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 17. April 2013, IV 2011/177).

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichter Joachim Huber,

Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Entscheid vom 17. April 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,
Postfach, 9001 St. Gallen,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ stolperte am 5. Juli 2006 und stürzte. Dabei stauchte er sich die Wirbelsäule (vgl. Schadenmeldung UVG vom 7. Juli 2006 sowie Suva-Rapport vom 22. September 2006, act. G 4.2). Die Suva stellte mit Verfügung vom 24. April 2007 die von ihr im Anschluss an den Unfall erbrachten Leistungen per 2. April 2007 ein, da die bestehenden Rückenbeschwerden nicht mehr unfallbedingt seien (act. G 4.2).

A.b Vom 17. Mai bis 15. Juni 2007 befand sich der Versicherte zur stationären Rehabilitation in der Klinik Valens. Im Austrittsbericht vom 29. Juni 2007 diagnostizierten die dort behandelnden Ärzte ein lumbospondylogenes Syndrom, eine generalisierte Angststörung, eine mittelgradige depressive Episode, eine psychotische Symptomatik sowie einen Status nach Nierensteinleiden (act. G 4.1.15-7 ff.). Der behandelnde Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, berichtete am 13. Juli 2007, der Versicherte dekompensiere psychisch, werde fast paranoid, habe Angst- und Panikattacken. Er werde auch zunehmend depressiv. Für die angestammte Tätigkeit als angelernter Gipser bescheinigte er eine andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine definitive Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit bezogen auf eine leidensangepasste Tätigkeit sei es noch zu früh (act. G 4.1.15-1 ff.). Prof. Dr. med.



C.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 19. Juli 2007 eine degenerative Spondylolisthesis L4/L5 und eine degenerative Discopathie L4/L5, L5/S1 mit Instabilität. Der Versicherte habe sich am 11. April 2007 einer grossen stabilisierenden Operation der Wirbelsäule in mehreren Segmenten unterzogen. Erst nach der im Herbst 2007 stattfindenden Kontrolluntersuchung könne ein Entscheid über die weitere Arbeitsfähigkeit getroffen werden (act. G 4.1.19). Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der den Versicherten seit 15. März 2007 ambulant im Psychiatrischen Zentrum Y.____ behandelte, diagnostizierte eine schwere depressive Episode mit fraglich psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3) sowie eine deutlich ausgeprägte Angstsymptomatik (DD: psychotische Störung). Aufgrund des ausgeprägten und letztlich noch unklaren diagnostischen Bildes sowie der Schwierigkeiten mit einer medikamentösen Einstellung könne die Frage nach der Restarbeitsfähigkeit noch nicht eindeutig beantwortet werden. Derzeit sei der Versicherte sicherlich nicht in der Lage, auf dem Arbeitsmarkt irgendwelche Tätigkeiten auszuführen. Es komme auch keine Beschäftigung im geschützten Rahmen in Frage. Insgesamt müsse abgewartet werden, wie sich das Zustandsbild weiter entwickle (Bericht vom 27./30. Juli 2007, act. G 4.1.20). Die behandelnden medizinischen Fachpersonen der Psychiatrischen Klinik Wil, wo der Versicherte vom 15. bis 27. Juni 2007 - im Anschluss an den Reha-Aufenthalt in der Klinik Valens - hospitalisiert war, diagnostizierten im Bericht vom 3. August 2007 eine mittelgradige depressive Episode (act. G 4.1.34).

A.c Im Verlaufsbericht vom 21. Dezember 2007 gab Dr. D.____ an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Der Versicherte leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) mit deutlich ausgeprägter Angstsymptomatik. Er sei auch für leidensangepasste Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig (act. G 4.1.40). Dr. B.____ berichtete am 28. Dezember 2007, die orthopädische Rückenoperation mit dorso-lateraler Spondylodese L4 bis S1 mit Eigenspongiosa vom 11. April 2007 habe leider überhaupt nichts gebracht (act. G 4.1.41; vgl. auch die entsprechende Beurteilung von Prof. C.____ vom 22. Januar 2008, worin er von einer 60 bis 70%igen Leistungsverminderung für leidensangepasste Tätigkeiten ausging, act. G 4.1.42).



St.Galler Gerichte

A.d Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte am 19. Mai 2008 von Dr. med. E.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, und am 4. September 2008 von Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, begutachtet. Im Gesamtgutachten vom 9. September 2008 diagnostizierten die Experten eine Pseudolumboischialgie rechts bei Status nach transpedikulär instrumentierter dorsolateraler Spondylodese L4 bis S1 04/07, eine Adipositas und eine gegenwärtig leichte Episode bei rezidivierender depressiver Störung. Aus somatischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit eine 35%ige, aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Für eine leidensangepasste Tätigkeit verfüge der Versicherte über eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 4.1.56; zum psychiatrischen Teilgutachten vom 9. September 2008 vgl. act. G 4.1.54-8 ff.).

A.e Die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ vertrat in der Stellungnahme vom 12. November 2008 die Auffassung, es müsse für den Zeitraum vom 5. Juli 2006 bis 8. September 2008 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit angestammt und adaptiert ausgegangen werden. Ab dem 9. September 2008 sei von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen (act. G 4.1.57).

A.f Mit Vorbescheid vom 13. Januar 2009 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, das Rentengesuch abzuweisen. Sie ermittelte einen Invaliditätsgrad von 13% (act. G 4.1.63). Dagegen erhob der Versicherte am 13. Februar 2009 Einwand (act. G 4.1.71). In der Begründung vom 11. März 2009 brachte der Versicherte unter Hinweis auf die ärztliche Stellungnahme von Dr. D.____ vom 5. März 2009 vor, sein Gesundheitszustand habe sich zwischenzeitlich verschlechtert (act. G 4.1.74).

A.g Die den Versicherten seit 23. März 2009 in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Y.____ behandelnden Ärztinnen diagnostizierten im Bericht vom 22. April 2009 eine schwere depressive Episode mit fraglich psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Status nach Wirbelsäulen-Operation im April 2007 (ICD-10: F45.4) sowie verschiedene familiäre und soziale Belastungsfaktoren (ICD-10: Z63.7). Es bestehe eine deutlich verminderte Belastbarkeit mit Angst und aggressiv gefärbten Spannungszuständen (act. G 4.1.83). Im Verlaufsbericht vom 25. September 2009 gab Dr. D.____ an, zusätzlich zu den bekannten Diagnosen sei eine Angst- und Panikattacke aufgrund einer selbstunsicheren und



ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) diagnostiziert worden. Der Versicherte sei erneut im Psychiatrischen Zentrum Y.____ hospitalisiert. Es zeige sich ein schweres Krankheitsbild, das aufgrund fehlenden Ansprechens auf die Medikation neu eruiert und medikamentös neu eingestellt werden müsse. Derzeit sei die Prognose schlecht und der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig (act. G 4.1.87). Die im Rahmen des stationären Aufenthalts vom 11. September bis 20. Oktober 2009 behandelnden Ärzte der Abteilung Krisenintervention des Psychiatrischen Zentrums Y.____ gaben im Bericht vom 6. November 2009 an, der Versicherte leide an Angst- und Panikattacken auf dem Boden einer selbstunsicheren und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) sowie an einer somatoformen Schmerzstörung bei Status nach Wirbelsäulen-Operation im April 2007 (ICD-10: F45.4). Derzeit sei nicht davon auszugehen, dass der Versicherte in absehbarer Zeit auch eine nur teilweise Arbeitsfähigkeit erreichen werde (act. G 4.1.92).

A.h Am 14. April 2010 wurde der Versicherte durch die RAD-Ärzte Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. I.____, Facharzt u.a. für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. Im interdisziplinären RAD-Untersuchungsbericht vom 6. September 2010 wurde aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht eine gesundheitliche Verschlechterung im Vergleich zur Begutachtung vom September 2008 verneint. Psychiatrischerseits könne von einer bleibenden, die Arbeitsfähigkeit nachhaltig tangierenden Verschlechterung des psychophysischen Gesundheitszustands nicht die Rede sein. Die RAD-Ärzte diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und rezidivierende depressive Episoden, derzeit remittiert (ICD-10: F33.4) und Dysthymia (ICD-10: F34.1). Für leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigten sie dem Versicherten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 4.1.104).

A.i Mit neuerlichem Vorbescheid vom 11. Oktober 2010 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, bei einem von ihr ermittelten Invaliditätsgrad von 31% einen Rentenanspruch zu verneinen (act. G 4.1.111). Dagegen erhob der Versicherte am 11. November 2010 Einwand. Er brachte darin vor, dass ihm zumindest für den Zeitraum von Juli 2007 bis November 2010 eine Invalidenrente auszurichten sei, selbst wenn auf die RAD-Beurteilungen abgestellt würde. Allerdings sei der RAD-Untersuchungsbericht vom 6. September 2010 nicht beweiskräftig. Schliesslich rügte



St.Galler Gerichte

der Versicherte die Höhe der von der IV-Stelle berücksichtigten Vergleichseinkommen (act. G 4.1.112). Mit Stellungnahme vom 14. April 2011 hielt der RAD-Arzt an der medizinischen Beurteilung fest (act. G 4.1.114).

A.j Mit Verfügung vom 14. April 2011 wies die IV-Stelle das Rentengesuch des Beschwerdeführers ab (act. G 4.1.115).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 14. April 2011 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 24. Mai 2011. Der Beschwerdeführer beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung. Es sei ihm rückwirkend ab Juli 2007 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% zuzusprechen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ein interdisziplinäres Gutachten bei einer unabhängigen Gutachterstelle in Auftrag zu geben. Subeventualiter sei ihm für den Zeitraum von Juli 2007 bis November 2010 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50% auszurichten. Im Wesentlichen vertritt er den Standpunkt, dass sowohl das Gutachten der Dres. E.____ und F.____ vom 9. September 2008 als auch der RAD-Untersuchungsbericht vom 6. September 2010 nicht beweiskräftig seien. Ferner sei bei der Bestimmung des Invalideneinkommens der maximal zulässige Tabellenlohnabzug zu gewähren (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 30. August 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie macht geltend, die gutachterliche Einschätzung sowie diejenige des RAD seien überzeugend. Es lägen aetiologisch-pathogenetisch unerklärliche syndromale Leidenszustände vor, die in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken würden. Zudem sei die depressive Episode remittiert oder trete nur ab und zu lediglich leicht in Erscheinung (act. G 4).

B.c In der Replik vom 7. Oktober 2011 hält der Beschwerdeführer unverändert an seiner Beschwerde fest (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine begründete Duplik (act. G 8).



St.Galler Gerichte

B.e Mit Eingabe vom 25. April 2012 reicht der Beschwerdeführer den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik X.____ vom 24. November 2011 ein, wo er vom 17. Oktober bis 22. November 2011 hospitalisiert war. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizieren darin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3), DD/und V.a. eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Status nach Wirbelsäulenoperation im April 2007 (ICD-10: F45.4) sowie eine Prostatahyperplasie. Sie bescheinigten dem Beschwerdeführer bei Austritt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für die Zeit nach dem Austritt sei er für eine Behandlung durch die Psychiatrische Tagesklinik Y.____ angemeldet worden (act. G 10).

B.f Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine weitere Stellungnahme (act. G 11).

Erwägungen:

1.

Vorliegend zu prüfen ist der von den Parteien umstrittene Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

1.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) bzw. aArt. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) besteht ein 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.

1.2 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den



Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3b).

1.3 Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 469 f. E. 4.4).

2.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in medizinischer Hinsicht in der angefochtenen Verfügung vom 14. April 2011 auf den interdisziplinären RAD-Untersuchungsbericht vom 6. September 2010 (act. G 4.1.115). Der Beschwerdeführer hält diesen für nicht beweiskräftig (act. G 1).

2.1 Die beurteilenden Fachärzte des RAD kamen im Untersuchungsbericht vom 6. September 2010 zum Schluss, der Beschwerdeführer verfüge für leidensangepasste Tätigkeiten über eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bei zeitlich vollem Pensum (act. G 4.1.104-30). Die völlig andersartige Einschätzung durch die behandelnden medizinischen Fachpersonen im Psychiatrischen Zentrum Y.____ ergebe sich



St.Galler Gerichte

nachvollziehbar aus der fürsorglichen Garantenstellung für den Patienten, wobei sie sich weitgehend auch auf die Angaben des Beschwerdeführers bezögen (act. G 4.1.104-27; vgl. auch die RAD-Stellungnahme vom 14. April 2011, act. G 4.1.114-3).

2.2 Der Beschwerdeführer bringt gegen diese Einschätzung des RAD im Wesentlichen vor, sie stehe in Widerspruch zu den zahlreichen Einschätzungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen (act. G 1, S. 7).

2.2.1 In der Tat bestehen allein schon mit Blick auf die Diagnosestellungen erhebliche Divergenzen zwischen den zahlreichen Einschätzungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen und dem psychiatrischen RAD-Untersuchungsbericht. Während RAD-Arzt Dr. I.____ im Zeitpunkt der Untersuchung sowie auch für den zurückliegenden Zeitraum bis anfangs 2007 davon ausging, der Beschwerdeführer leide mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an rezidivierenden depressiven Episoden, derzeit remittiert (ICD-10: F33.4) sowie an einer Dysthymia (ICD-10: F34.1), die eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bewirken würden, diagnostizierten die behandelnden psychiatrischen Fachpersonen - teilweise gestützt auf mehrwöchige stationäre Aufenthalte - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige bis schwere depressive Problematik (Berichte Dr. D.____ vom 27. Juli 2007 und vom 21. Dezember 2007: schwere depressive Episode mit einer ausgeprägten Angstsymptomatik [act. G 4.1.20], die zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit führe [act. G 4.1.40; vgl. auch den Bericht vom 25. September 2009, act. G 4.1.87]; Bericht der Psychiatrischen Klinik X.____ vom 3. August 2007: mittelgradige depressive Episode [ICD-10: F32.1; act. G 4.1.34]; Bericht des Psychiatrischen Zentrums Y.____ vom 22. April 2009: schwere depressive Episode [ICD-10: F32.3; act. G 4.1.83]). RAD-Arzt Dr. I.____ hält diese von seiner Einschätzung abweichenden Berichte der behandelnden Ärzte nicht für aussagekräftig, da sie sich nachvollziehbar aus der fürsorglichen Garantenstellung für die Patienten ergäben (act. G 4.1.104-27). Dieser pauschalen Sichtweise kann nicht gefolgt werden. Wie bereits das Bundesgericht klargestellt hat, genügt der Hinweis auf die auftragsrechtliche Stellung behandelnder medizinischer Fachpersonen für sich allein nicht, um deren Beurteilungen in Frage zu stellen (BGE 135 V 472 E. 4.6). Dies hat vorliegend umso mehr zu gelten, als selbst der begutachtende Dr. F.____ die zuvor von Dr. D.____ diagnostizierten schweren depressiven Episoden und die von ihm



bescheinigte Arbeitsunfähigkeit nicht in Zweifel zog ("grundsätzlich möglich", act. G 4.1.54-15). Schliesslich bestätigte auch RAD-Ärztin Dr. G.____ in der Stellungnahme vom 12. November 2008 für die Zeit vom 5. Juli 2006 bis 8. September 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (act. G 4.1.57).

2.2.2 Angesichts dieser medizinischen Aktenlage ist auch die Eindeutigkeit der ohne jeden Zweifel abgegebenen Beurteilung von Dr. I.____ - insbesondere soweit sie retrospektiv erfolgte - nicht überzeugend. Dies umso weniger als der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers über weite Strecken - selbst vom RAD - als instabil bezeichnet wurde (vgl. etwa Berichte von Dr. D.____ vom 30. Juli 2007, act. G 4.1.20-5, sowie vom 5. März 2009, act. G 4.1.74, und die Stellungnahmen des RAD vom 30. August 2007, act. G 4.1.31-2 und vom 9. Oktober 2009, act. G 4.1.88), was aufgrund des psychischen Leidensbildes nachvollziehbar ist. Hinzu kommt, dass echtzeitliche Einschätzungen (vorliegend der behandelnden psychiatrischen Fachpersonen) zuverlässiger sind als Jahre später erfolgte rückwirkende Beurteilungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2008, 8C_615/2007, E. 2.2.1). Aus dem Umstand, dass Dr. D.____ kein Parteigutachten bzw. eine Stellungnahme zum Teilgutachten von Dr. F.____ anfertigen lassen wollte, kann entgegen dem Vorbringen von Dr. I.____ (act. G 4.1.114-2) nichts zum Beweiswert seiner übrigen Aussagen abgeleitet werden. Denn Dr. D.____ stellte damit nicht seine bisherige Diagnosestellung oder Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Frage, sondern hielt ausdrücklich daran fest. Er gab lediglich an, dass das Psychiatrische Zentrum Y.____ grundsätzlich keine Privatgutachten erstelle. Im Übrigen hielt er den Sachverhalt für nicht genügend abgeklärt und empfahl eine nochmalige Begutachtung von unabhängiger Seite (Schreiben vom 5. März 2009, act. G 4.1.74-3).

2.2.3 Insgesamt ergibt sich, dass die Einschätzungen der behandelnden psychiatrischen Fachpersonen und jene des RAD-Arztes Dr. I.____ sich diametral widersprechen. Unter solchen Umständen ist die psychiatrische Problematik des Sachverhalts nicht ausreichend abgeklärt. Daran vermag auch die Einschätzung von Dr. F.____ im psychiatrischen Teilgutachten vom September 2008 nichts zu ändern, der von einer Arbeitsfähigkeit von 80% bzw. 90% im Begutachtungszeitpunkt ausging, eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für den rückwirkenden Zeitraum entsprechend den medizinischen Vorbefunden als möglich erachtete und die Prognose



in psychiatrischer Hinsicht offen liess, zumal sich die affektive Störung zunehmend zu chronifizieren scheine (act. G 4.1.54-14 f.). Schliesslich ist auch nicht auszuschliessen, dass im Rahmen der einmaligen Untersuchung durch den RAD wesentliche - von den behandelnden Fachpersonen genannte - Aspekte (wie etwa Ausmass der geltend gemachten Angst- und Panikattacken sowie der depressionsbedingten Einschränkungen) unerkant geblieben sein könnten. Ergänzend ist zu bemerken, dass Dr. I.____ von demonstrativer Aggravation ausgeht ("auffällig demonstrativ-aggravatorisches Verhalten", act. G 4.1.104-26; vgl. auch nachstehende E. 2.2.4), was für sich allein zwar keinen Mangel darstellt. Allerdings wohnt der Feststellung von Aggravation auch die Gefahr inne, dass diese eine überschliessende Tragweite in den Schlussfolgerungen des Sachverständigen erhält (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2008, 9C_531/2007, E. 2.2.3).

2.2.4 Daran vermag der Hinweis von Dr. I.____ nichts zu ändern, wonach die Aussage des Sohns des Beschwerdeführers "höchst bemerkenswert ist", dieser habe "nie etwas von Angstzuständen seines Vaters im häuslichen Umfeld gehört oder mitbekommen" (act. G 4.1.104-27). Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Sohn im Rahmen der Fremdanamnese angab, "ihm falle am Vater auf, dass er schnell müde sei, ein bisschen gestresst, weil er meistens Schmerzen habe. Der Vater habe zu Hause nie etwas über Angstzustände gesagt. [...] Über den Vater könne er eigentlich wenig sagen". Dazu hielt Dr. I.____ fest, es entstehe der Eindruck, dass der Sohn an den Problemen wenig Anteil nehme und wenig interessiert sei (act. G 4.1.104-19). Das Aussageverhalten des Sohns ist damit entgegen der Auffassung von Dr. I.____ nicht geeignet, die in den Vorakten beschriebenen Angstzustände oder die weiteren geklagten Leiden zu widerlegen.

2.3 Was die somatische Beurteilung anbelangt, so trifft der Vorwurf des Beschwerdeführers (act. G 1, S. 11) zu, dass sich das kurz begründete somatische Teilgutachten vom 9. September 2008 weder zum zuvor liegenden Beschwerdeverlauf noch zu den davon abweichenden Einschätzungen von Prof. C.____ äusserte (act. G 4.1.56). Dies wäre allerdings umso angezeigter gewesen, als Prof. C.____ im Bericht vom 19. Juli 2007 "zur Zeit" eine Arbeitsfähigkeit verneinte (act. G 4.1.19-2; vgl. auch die Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von drei Monaten im Schreiben vom 5. Juli 2007, act. G 4.1.15-5) und später für leidensangepasste



Tätigkeiten eine 60 bis 70%ige Leistungsverminderung bescheinigte (Bericht vom 22. Januar 2008, act. G 4.1.42-2). Auch RAD-Arzt Dr. med. H.____ äusserte sich im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht näher zu den abweichenden Einschätzungen von Prof. C.____, was einen Mangel darstellt. Ferner erweist sich seine - ohne nähere Begründung erfolgte - Einschätzung, dass "aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten mit bezüglich der Wirbelsäule unveränderter Situation" seit dem Austritt aus der Klinik Valens am 15. Juni 2007 von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen sei (act. G 4.1.104-15), als weder naheliegend noch dargetan. Wurde doch in der RAD-Stellungnahme vom 30. August 2007 in Würdigung der damaligen Aktenlage angemerkt, dass der Gesundheitszustand sowohl von somatischer als auch psychischer Seite instabil sei (act. G 4.1.31).

3.

Im Licht dieser Umstände erweist sich der medizinische Sachverhalt, insbesondere bezüglich des Gesundheitsverlaufs, als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt (act. G 1, S. 2), ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung durch eine noch nicht mit dem Fall befasste, unabhängige Gutachterstelle zurückzuweisen, die sich namentlich zu dem seit dem Unfall vom 5. Juli 2006 eingetretenen Gesundheits- und Arbeitsfähigkeitsverlauf zu äussern haben wird. Bei der Wahl der Gutachterstelle hat die Beschwerdegegnerin die Vorgaben gemäss der Rechtsprechung BGE 137 V 210 zu beachten, womit sie zunächst eine einvernehmliche Bestimmung der Gutachterstelle in den Vordergrund zu stellen hat und erst bei Scheitern einer einvernehmlichen Vereinbarung nach dem Zufallsprinzip verfährt. Bei diesem Ausgang können die Fragen nach der korrekten Ermittlung der Vergleichseinkommen und der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Leiden vorerst offen gelassen werden.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 14. April 2011 aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem



St.Galler Gerichte

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb in fine). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

4.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtet. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 14. April 2011 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.