



Fall-Nr.: IV 2011/7
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 14.06.2013
Entscheiddatum: 14.06.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 14.06.2013

Art. 28 Abs. 2 IVG: Rentenanspruch. Würdigung RAD-Berichte. Rückweisung zur ergänzenden Abklärung und Vornahme einer Begutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juni 2013, IV 2011/7).

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Marie Löhner und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 14. Juni 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Hauptstrasse 11a,
8280 Kreuzlingen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 16. November 2007 zum Bezug von Invalidenleistungen (Rente) an. In der Anmeldung gab er bezüglich der Art der Behinderung an, Alkoholiker zu sein und unter Magen- und Darmproblemen zu leiden (act. G 8.1.1). Gemäss Arztbericht von Dr. med. B.____ vom 12. Dezember 2007 litt der Versicherte unter chronisch erhöhtem "Alkoholkonsum" mit leicht erhöhtem Gamma GT-Wert (GGT), unter einer Bronchitis 10/07 mit starker bronchialer Hyperreagibilität, wahrscheinlich kein chronisches Asthma bronchiale, sowie unter rezidivierendem Schwindel und einer Minderung des Allgemeinzustands unklarer Ätiologie, differentialdiagnostisch: psychosomatisch, andere Ursache (act. G 8.1.9). Vom 10. bis 17. März 2008 fand eine Hospitalisation zum Entzug im Spital Altstätten statt (vgl. act. G 8.1.14), von wo aus der Versicherte direkt zur Entwöhnung in den C.____ eintrat. Seinen dortigen Therapieaufenthalt beendete er vorzeitig am 27. März 2008 (act. G 8.1.18). Laut dem Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. B.____ fing der Versicherte danach beim D.____ zu arbeiten an (act. G 8.1.20-2), wo er als Chauffeur Beifahrer v.a. Möbel tragen bzw. ein- und ausräumen musste. Die Stelle wurde ihm wegen Auftragrückgangs per 31. Juli 2008 gekündigt (act. G 8.1.21-2).

A.b Gemäss dem Sozialbericht des Spitals E.____ vom 11. März 2009 war der Versicherte vom 9. Februar bis 4. März 2009 auf der Psychosomatischen Abteilung hospitalisiert. Als Diagnosen wurden eine Alkoholabhängigkeit vom Typ des Pegeltrinkens, chronische Phase (ICD F10.21), sowie eine Nikotinabhängigkeit (ICD F17.25) festgehalten. Nach seinem letzten Alkoholkonsum vom 13. Januar 2009 habe er seinen Hausarzt aufgesucht, welcher ihm nach dem Entzug ab dem 20. Januar 2009 Antabus abgegeben habe. Ziel der jetzigen Therapie sei eine lebenslange Alkoholabstinenz (act. G 8.1.52-8). Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie, bei



St.Galler Gerichte

welchem der Versicherte ab 15. April 2009 in psychotherapeutischer Behandlung war, diagnostizierte im Bericht vom 14. Juli 2009 eine rezidivierende leicht - mittelgradig depressive Störung (ICD 10 F32.11), ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD 10 F10.23), eine symptomatische posttraumatische Epilepsie und oft Kopfschmerzen. Er attestierte ab April 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Diese wirke sich derart aus, dass sich bei längerer Konzentration vermehrt Kopfschmerzen, eine schnelle Ermüdung sowie eine Überforderung im familiären Umfeld einstellten. Bei der Arbeit ergäben sich eine Unfallgefahr, Überforderung, Flüchtigkeitsfehler und Ablenkung (act. G 8.1.52-2).

A.c Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 15. September 2009 diagnostizierte Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (D), Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (D), im Bericht vom 12. Oktober 2009 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte psychoorganische Störung nach Schädelhirntrauma mit hämorrhagischen Kontusionszonen bitemporal und traumatischer Subarachnoidalblutung (F06.9) sowie eine Abhängigkeit von Alkohol, derzeit abstinent, aber in Behandlung mit aversiven Medikamenten (F10.23). Insgesamt schätzte er die Arbeitsfähigkeit angestammt wie adaptiert auf 80% in einem Vollzeitpensum (act. G 8.1.62).

A.d Gemäss dem IV-Verlaufsprotokoll sowie dem Schlussbericht der Eingliederungsverantwortlichen vom 2. Juni 2010 konnte der Versicherte trotz Bemühungen und Unterstützung durch die Eingliederungsverantwortliche seit November 2009 nicht in den Arbeitsmarkt integriert werden. Die Alkoholvergangenheit und seine geringe Frustrationstoleranz seien immer wieder Hürden, auf die sich ein Arbeitgeber nicht einlassen wolle (act. G 8.1.73f.).

A.e Mit Stellungnahme vom 30. August 2010 hielt RAD-Arzt Dr. med. H.____ fest, dass keine Hinweise vorlägen, welche auf eine Änderung des Gesundheitszustands des Versicherten hindeuten würden. Daher könne weiterhin auf die Beurteilung anlässlich der RAD-Untersuchung vom 15. September 2009 mit einer Arbeitsfähigkeitsschätzung von 80% abgestellt werden (act. G 8.1.80).

A.f Mit Vorbescheid vom 13. September 2010 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Ablehnung einer Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 16% in Aussicht (act.



St.Galler Gerichte

G 8.1.85). Im dagegen gerichteten Einwand vom 18. Oktober 2010 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. Studer, Kreuzlingen, weitere medizinische Abklärungen/Tests im Zusammenhang mit seinen unfallbedingten Hirnschädigungen beantragen. Über den Rentenanspruch sei erst in Kenntnis von deren Ergebnis zu verfügen. Davor/zudem seien berufliche Massnahmen zu prüfen. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter geltend, dass der Unfall des Versicherten mit Kopfbeteiligung im Alter von sieben Jahren erhebliche Konsequenzen mit sich gebracht haben müsse. Er sei nämlich erst mit neun Jahren eingeschult worden und habe während der ganzen Schulzeit die Sonderschule absolvieren müssen. Seine Probleme seien nicht (nur) durch seine Alkoholsucht verursacht, sondern es müssten vielmehr auch die beiden Unfälle von 1977 und 2001 näher abgeklärt werden. Lasse sich eine allfällige seit 1977 bestehende (und seit 2001 allenfalls verschlimmerte) Hirnschädigung durch weitere Untersuchungen bestätigen, wäre durchaus denkbar, dass der Versicherte bereits bei der Erstausbildung Anspruch auf Unterstützung durch die IV gehabt hätte bzw. selbst heute eine geeignete Anlehre oder Weiterbildung nicht ausgeschlossen wäre. Bezüglich der Probleme des kognitiven Leistungsvermögens verwies der Rechtsvertreter auf den Bericht von Dr. med. F. ___ und Psychotherapeut I. ___ vom 7. Oktober 2010, welchen er dem Einwand beigelegte. Schliesslich sei auch der vorgesehene Einkommensvergleich rechtswidrig. Da der Versicherte wahrscheinlich seit 1977 gesundheitsbedingt eingeschränkt sei, habe er gar nie das Lohnpotential eines Gesunden erreichen können. Zudem sei das Einkommen in den letzten Jahren wegen der Alkoholsucht zusätzlich gemindert bzw. unstet gewesen, weshalb auch beim Valideneinkommen auf die LSE-Löhne abzustellen sei. Ausserdem sei vom Invalideneinkommen ein Leidensabzug zu gewähren, da der Versicherte nicht nur wegen seiner Instabilität Konkurrenz Nachteile erleide, sondern die Teilzeitarbeit statistisch gesehen schlechter entlohnt werde und durch seine reduzierte Leistungsfähigkeit bei Vollzeitarbeit eine schlechtere Auslastung des Arbeitsplatzes resultiere (act. G 8.1.86).

A.g Nachdem der RAD-Arzt Dr. med. H. ___ mit Stellungnahme vom 2. November 2010 empfohlen hatte, an der früheren Einschätzung des RAD festzuhalten (act. G 8.1.88), verfügte die IV-Stelle am 2. Dezember 2010 entsprechend dem Vorbescheid eine Abweisung des Leistungsbegehrens (act. G 8.1.89).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Gegen diese Verfügung vom 2. Dezember 2010 richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 11. Januar 2011. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt darin die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur Durchführung eines korrekten Vorbescheidverfahrens und zur Gewährung des rechtlichen Gehörs. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2008 eine Rente zuzusprechen, subeventualiter sei die Verwaltung anzuweisen, ergänzende Abklärungen und eine anschliessende Neuverfügung vorzunehmen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. In formeller Hinsicht machte er im Sinn einer Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, dass die Verwaltung kein korrektes Vorbescheidverfahren durchgeführt habe, da sie sich zum einlässlich begründeten Einwand nicht habe vernehmen lassen. In materieller Hinsicht führte er aus, dass der neurologische Befund des Gutachtens von Dr. G.____ den Anforderungen an ein Gutachten nicht zu genügen vermöge. Die Fragen nach den neurologischen bzw. neuropsychologischen Beeinträchtigungen seien somit ungeklärt geblieben. Hinsichtlich des Einkommensvergleichs lautete die Begründung ähnlich wie im Einwand vom 18. Oktober 2010 (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Sie hielt daran fest, dass sämtliche medizinischen Unterlagen die Alkoholabhängigkeit als Hauptursache für die längeren Arbeitsunfähigkeiten bzw. Arbeitslosigkeitsperioden sähen. Weder der Hausarzt noch der behandelnde Psychiater würden Hinweise für eine neurologische Störung sehen. Dass der Beschwerdeführer kein Geburtsinvalider sei, gehe aus dem Umstand hervor, dass er zwischen 1989 und 1996 regelmässig Jahreseinkommen von rund Fr. 36'000.-- erwirtschaftet habe. Diese Stelle sei ihm jedoch wegen des Alkoholkonsums gekündigt worden. Zudem werde der Abzug vom Invalideneinkommen bereits durch die Berücksichtigung einer Leistungseinschränkung von 20% abgegolten (act. G 8).

B.c Der Beschwerdeführer verzichtete auf die Einreichung einer Replik mit der Begründung, dass aus der Beschwerdeantwort keine neuen Gesichtspunkte hervorgehen würden (act. G 12).



B.d Am 10. Dezember 2012 forderte das Versicherungsgericht die Beschwerdegegnerin zur Zustellung allfälliger Akten aus der Kindheit des Beschwerdeführers auf (act. G 15). Gemäss Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 13. und 18. Dezember 2012 wurden die Akten gemäss einem Vermerk im Host im Jahre 1991 vernichtet. Auch im Kellerarchiv seien keine Akten mehr vorhanden. Im Übrigen fänden sich auch im Verwaltungssystem keine Informationen mehr über allfällige dazumal erfolgte Leistungen (act. G 16, G 20).

B.e Mit Schreiben vom 1. Februar 2013 wurde der RAD-Arzt Dr. G.____ zur Beantwortung der Frage aufgefordert, ob er auf Grund der Beurteilung der behandelnden Therapeuten vom 7. Oktober 2010 einen weiteren Abklärungsbedarf in neurologischer und neuropsychologischer Hinsicht sehe (act. G 22). Dr. G.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2013 fest, zwar sei eine neurologische Abklärung einschliesslich EEG nicht zielführend, da eine Hirntraumatisierung unbestritten sei, einer neuropsychologischen Evaluation würde er mit aufgeführtem Fragekatalog jedoch nicht entgegenreten (act. G 23).

B.f Der Beschwerdeführer konnte sich mit Schreiben vom 7. März 2013 dem Abklärungsvorschlag des RAD-Arztes grundsätzlich anschliessen. Er beantragte jedoch eine Klärung der Abstinenz-Auflage sowie die Aufnahme von Zusatzfragen in den Fragekatalog (act. G 25).

Erwägungen:

1.

In formeller Hinsicht ist die Rüge des Beschwerdeführers zu prüfen, die Beschwerdegegnerin habe sich nicht hinreichend mit den erhobenen Einwänden auseinandergesetzt und somit die ihr obliegende Begründungspflicht und den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt.

1.1 Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des



Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die grundsätzliche Pflicht einer Behörde, ihren Entscheid zu begründen, folgt aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör. Dabei darf sich die Verwaltung nicht damit begnügen, die von der betroffenen Person vorgebrachten Einwendungen zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Die Verwaltung hat vielmehr ihre Überlegungen auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den konkreten Einwendungen auseinander zu setzen oder zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 183 E. 2b). Mit Erlass von Art. 57a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), worin in der Invalidenversicherung das Vorbescheidverfahren wieder eingeführt wurde, sind an die Begründungsdichte von Verfügungen, die nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens gemäss Art. 57a IVG ergehen, erhöhte Anforderungen zu stellen (vgl. hierzu eingehend Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 30. Mai 2007, IV.2007.00436, E. 1.8 ff.). Dies vor allem mit Blick auf die mit dem Erlass von Art. 57a IVG angestrebte bessere Akzeptanz der IV-Entscheide und die beabsichtigte Entlastung der kantonalen Gerichte (BBI 2005 3079 ff.). Eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs kann dann als geheilt gelten, wenn der Betroffene die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Diese Voraussetzung ist im Fall des Versicherungsgerichts erfüllt (vgl. Art. 61 lit. c ATSG i.V.m. Art. 46 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Die Heilung eines Mangels soll aber auch hier die Ausnahme bleiben (BGE 126 V 132 E. 2b, 124 V 392 E. 5a, je mit Hinweisen). Der Partei steht es grundsätzlich frei, auf der vollumfänglichen Wahrnehmung des Gehörsanspruchs zu beharren, wenn ihr daran mehr liegt als an der beförderlichen Erledigung des Verfahrens (U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich 2009, N 6 und N 9 zu Art. 42 mit Verweis auf BGE 124 V 392). Insofern hat nicht der Versicherungsträger die Entscheidungsbefugnis darüber, ob das Gebot des raschen Verfahrens oder dasjenige der zutreffenden Gehörsgewährung vorgeht (U. Kieser, a.a.O., N 9 zu Art. 42). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung kann von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung jedoch abgesehen werden, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und zu einer unnötigen Verzögerung führen würde (vgl. BGE 132 V 390 E. 5.1).



1.2 Im Einwand vom 18. Oktober 2010 legte der Beschwerdeführer unter Verweis auf den Bericht von Dr. F.____ und I.____ vom 7. Oktober 2010 dar, weshalb bei der Beurteilung der verbliebenen Leistungsfähigkeit nicht auf die Einschätzungen von RAD-Arzt Dr. G.____ abgestellt werden könne, warum auch beim Valideneinkommen die Tabellenlöhne anzuwenden seien und aus welchen Gründen sich ein Leidensabzug rechtfertige (act. G 8.1.86). Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung - wie bereits den Vorbescheid vom 13. September 2010 (act. G 8.1.85) - im Wesentlichen damit, dass dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht eine leidensadaptierte Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zu 80% zumutbar sei. Zum Einwand führte sie aus, dass sie den Entscheid gestützt darauf nochmals geprüft habe. Aus medizinischer Sicht würden keine neuen medizinischen Fakten geltend gemacht, die nicht schon zum Zeitpunkt des Entscheids bekannt gewesen seien. Ein Leidensabzug sei nicht geschuldet, da die Einschränkungen bereits in der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt worden seien. Am Entscheid werde daher festgehalten (act. G 8.1.89).

1.3 Die Beschwerdegegnerin begründete die Verfügung so rudimentär und pauschal, dass diese Formulierung in jeder beliebigen, das Vorliegen einer Invalidität verneinenden Verfügung stehen könnte, ohne dass dies als unstimmig auffallen würde. So fehlen jegliche konkreten Ausführungen dazu, weshalb die einwandweise vorgebrachten Argumente keinen Zweifel an der bestehenden medizinischen Aktenlage entstehen lassen könnten und auf Grund welcher tatsächlichen, auf den konkreten Fall bezogenen Gegebenheiten und auf Grund welcher Überlegungen die Beschwerdegegnerin zum Schluss gelangt ist, der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung sei zu verneinen. Insbesondere fehlt eine Auseinandersetzung mit der Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch Dr. F.____ (act. G 8.1.52). Hinzu kommt, dass in der Verfügung keinerlei Hinweis auf die nach dem Einwand eingeholte RAD-Stellungnahme vom 2. November 2010 (act. G 8.1.88) - worauf sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu stützen scheint - gemacht wurde.

1.4 Zusammenfassend ist von einer Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehörs auszugehen.

2.



2.1 In materieller Hinsicht ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen streitig.

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b mit Hinweisen).

3.

3.1 Bei der Verneinung des Rentenanspruchs stützte sich die Beschwerdegegnerin auf den Bericht des RAD-Arztes Dr. G.____ vom 12. Oktober 2009, worin dieser als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte psychoorganische Störung nach Schädelhirntrauma mit hämorrhagischen Kontusionszonen bitemporal und traumatischer Subarachnoidalblutung (ICD-10: F06.9), eine Abhängigkeit von Alkohol, derzeit abstinent, aber in Behandlung mit aversiven Medikamenten (ICD-10: F10.23), festhielt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien alkoholinduzierte hirnorganische Krampfanfälle, zuletzt 07/08, differentialdiagnostisch: seltene posttraumatische, asymptomatische Anfälle nach Schädelhirntrauma 2001, Anstrengungs- und Spannungskopfschmerzen sowie eine Nikotinabhängigkeit. In seiner Beurteilung hielt Dr. G.____ fest, beim Beschwerdeführer liege eine



Alkoholabhängigkeit vor, die seit dem 20. Lebensjahr mit kurzen Abstinenzphasen bis zum Januar 2009 andauert und zu körperlichen Folgen mit Entzugserscheinungen und 2001 während der stationären Behandlung nach einem erlittenen Schädelhirntrauma zu einem Alkoholentzugsdelir geführt habe. Im Verlegungsbericht aus der Universitätsklinik für Neurologie in Innsbruck würden zur Anamnese bereits 1990 aufgetretene Entzugsanfälle erwähnt. Es erscheine wenig wahrscheinlich, dass es sich um primär posttraumatische Anfälle gehandelt habe, wobei aus den Akten nicht zu klären sei, ob es beim Unfall im 7. Lebensjahr zu einer belangvollen Hirnbeteiligung gekommen sei. Letztlich könne es dahingestellt bleiben, ob die Anfälle primär posttraumatisch oder primär alkoholindiziert bedingt seien, denn auch bei einer posttraumatischen Epilepsie sei der Alkoholkonsum schädlich und von die Krampfschwelle herabsetzendem Einfluss. Seit dem letzten Anfallsereignis im Juli 2008 seien keine weiteren Anfälle mehr aufgetreten, auch nicht nach Absetzen des Trileptals im März/April des Jahres. Es könne somit insbesondere unter der seit Mitte Januar 2009 bestehenden Alkoholkarenz davon ausgegangen werden, dass Anfallsfreiheit erreicht sei. Dennoch sei das Führen von LKWs und fahrgastbefördernden Kraftfahrzeugen aus Sicherheitsgründen nicht mehr möglich. Es bestehe nach dem Befund vom 15. September 2009 ein leichtes hirnologisches Psychosyndrom ohne klinisch hirnllokales Kolorit: Bei gutem Verbalisationsvermögen fielen Störungen des Langzeitgedächtnisses mit erheblichen Schwächen in der chronologischen Zuordnung biographischer Ereignisse auf, eingeschränktes Wiedererinnern, verlangsamtes Denken bei Abstraktion oder visuell-räumlicher Problemlösung. Körperlich-funktionell limitierende Einschränkungen lägen nicht vor. Dass es initial bei körperlicher Belastung wie der Bearbeitung von Brennholz zu Rückenschmerzen komme, sei bei weitgehender Arbeitsentwöhnung und muskulärer Dysbalance ein physiologischer Vorgang. Von hauptsächlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei das leichte hirnologische Psychosyndrom anzusehen; hinzu komme eine Belastungsdyspnoe auf dem Hintergrund einer Nikotinabhängigkeit. Bei den geklagten und unter Alkoholkarenz sich deutlich gebessert habenden Kopfschmerzen sei von einem Anstrengungs- und Spannungskopfschmerz ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. Auf der körperlichen und der sozialen Ebene ergäben sich keine Einschränkungen. Der Versicherte unterhalte Kontakte nach aussen, auch zu einem wöchentlichen Stammtisch, wo seine Alkoholabstinenz akzeptiert werde. Psychomental bestünden



Einschränkungen für Tätigkeiten, die selbständiges Planen von Arbeitsabläufen, das Durchführen komplexer Aufgaben sowie geistige Wendigkeit mit rascher Entscheidungsabfolge erforderten. Es sei zuletzt von einer geistigen Ermüdbarkeit bei längerer Konzentrationsanspannung auszugehen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte Dr. G.____ aus, für die angestammte Tätigkeit als Fahrzeugwart für leichte Motorwagen wie auch in anderen körperlich leichten bis vorübergehend schweren Arbeiten bestehe eine Leistungsminderung von 20%, ebenso für alle anderen körperlichen Hilfsarbeiten ohne Tätigkeit an laufenden Maschinen oder auf Gerüsten und Leitern sowie als LKW-Fahrer. Insgesamt bestehe eine Arbeitsfähigkeit angestammt und adaptiert von 80% bei voller zeitlicher Präsenz von 8.2 Stunden täglich an fünf Tagen die Woche. Seine von der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.____ abweichende Beurteilung begründete Dr. G.____ dahingehend, dass einer Arbeitsunfähigkeit von 50% auf Grund der vorstehend dargestellten Befunde nicht gefolgt werden könne, zumal die im Arztbericht von Dr. F.____ vom 14. August 2009 (gemeint wohl: 14. Juli 2009) aufgeführte leichte bis mittelschwere rezidivierende Depression derzeit nicht festgestellt werden könne (act. G 8.1.62-9ff.).

3.2 Dr. F.____, der den Beschwerdeführer seit 15. April 2009 psychotherapeutisch behandelte, hatte im Bericht vom 14. Juli 2009 eine rezidivierende leichte bis mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.11) und ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.23) zur Zeit seit 1. Januar 2009 alkoholabstinent mit Antabus festgehalten. Als Prognose ging er bei einer Unterstützung in der beruflichen Eingliederung und einer Steigerung des Selbstwertes (geschützter Arbeitsplatz bei der beruflichen Wiedereingliederung, Psychotherapie) durchaus von einer Festigung der persönlichen Situation aus. Voraussetzung dafür sei jedoch ein optimaler Eingliederungsrahmen. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Stapelfahrer, Lagerist oder Auto-Servicemann schätzte er die Arbeitsfähigkeit seit April 2009 bis auf Weiteres auf 50% (act. G 8.1.52-2). Im Bericht vom 7. Oktober 2010 fand sich unter den Diagnosen von Dr. F.____ und des Psychotherapeuten I.____ keine depressive Störung mehr. Die Therapeuten gingen von einer Störung durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent in Behandlung mit Antabus durch den Hausarzt (ICD-10: F 10.23), einer psychoorganischen Störung nach Schädelhirntrauma mit hämorrhagischen Kontusionszonen bitemporal und traumatischer Subarachnoidalblutung (ICD-10: F06.9) sowie einer Nikotinabhängigkeit (ICD-10:



F17.25) aus. Zum Verlauf führten sie aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 14. September 2010 eine 100%-Anstellung in der J.____ erhalten habe. Dort müsse er bis Ende Jahr eine Probezeit bestehen. Vom 30. September bis 10. Oktober 2010 hätten sie ihm erneut eine Arbeitsunfähigkeit attestieren müssen, da er wieder in eine Rückfallphase geraten sei. Gleichzeitig habe ihn seine Lebenspartnerin auf die Strasse gestellt, weil er sich nicht an die vereinbarte Alkoholabstinenz gehalten habe. Derzeit lebe er bei einem Freund. Zudem sei die Antabuseinnahme zum x-ten Mal bei einem neuen Hausarzt initialisiert worden. Anlässlich der monatlichen Sitzungen habe sich gezeigt, dass das intellektuelle Denkvermögen des Beschwerdeführers schnell an Grenzen gestossen sei. Daraus habe der begründete Verdacht gewonnen werden können, dass die Folgen der psychoorganischen Störung nach Schädelhirntrauma schwerer seien als bisher angenommen. Der Beschwerdeführer versuche, dies mit allen Mitteln zu negieren. Er könne dadurch keine nachhaltigen Veränderungsstrategien für sich selbst umsetzen. In Belastungssituationen verfüge er nicht über ein greifbares altersentsprechendes intellektuelles Instrumentarium. Er verhalte sich in Krisensituationen kindlich und unbeholfen. Hinzu komme, dass er sehr darunter leide, seit Jahren keine regelmässige Arbeit auf dem 1. Arbeitsmarkt zu haben (act. G 8.1.86-8ff.). Zur Höhe der Arbeitsfähigkeit äussert sich der Bericht nicht.

3.3 Zu prüfen ist, ob auf Grund des Arztberichts vom 7. Oktober 2010 bzw. entsprechend dem Antrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers weitere Abklärungen in neurologischer bzw. neuropsychologischer Hinsicht vorzunehmen sind.

3.3.1 Gemäss dem neurologischen Befundbericht der Universitätsklinik für Neurologie, Innsbruck, erlitt der Beschwerdeführer am 8. September 2001 einen Sturz, wonach ein Schädelhirntrauma mit hämorrhagischen Kontusionszonen bi-temporal und traumatischem SAB (Subarachnoidalblutung), ein Alkoholentzugsdelir sowie C2-Entzugsanfälle diagnostiziert wurden. Der Verdacht einer Schädelbasisfraktur wurde nicht bestätigt. Auch bestand laut HNO-ärztlichem Konsil kein Hinweis für eine Rhino- oder Otoliquorrhoe. In den CCT-Kontrollen seien die max. 16mm messenden Kontusionsblutungen rückläufig gewesen. Der Patient sei während des Aufenthalts cardiorespiratorisch stabil geblieben, mit ausgeglichenem Elektrolythaushalt und minimalen Entzündungszeichen (act. G 8.1.60-14). Sodann hielt der Hausarzt Dr. B.____ offenbar erstmals im Arztbericht vom 12. Dezember 2007 fest, der Beschwerdeführer



leide unter rezidivierendem Schwindel und einer Minderung des Allgemeinzustands unklarer Ätiologie (DD: Psychosomatisch, andere Ursache; act. G 8.1.9-3). Im CT Neurocranium nativ des Instituts für Radiologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 23. Juli 2008, das nach einem gleichentags aufgetretenen Anfall mit Bewusstlosigkeit durchgeführt wurde, zeigte sich eine altersentsprechend normale cerebrale Computertomographie insbesondere ohne Nachweis einer intracraniellen Blutung oder eines sich demarkierenden Territorialinfarktes sowie ohne Nachweis von frischen ossären Läsionen im Knochenfenster (act. G 8.1.50-2). Ein nach einem weiteren Anfall durchgeführtes MRI vom Neurocranium nativ vom 27. November 2008 des KSSG zur Klärung von posttraumatisch strukturellen Läsionen, zur Frage eines epileptogenen Fokus links temporal und von Hämosiderinablagerungen ergab kleinvolumige, postkontusionelle, encephalomalazische Parenchymdefekte temporo-polar beidseits, insbesondere im rostralen Gyrus temporalis medius mit Hämosiderinablagerungen sowie bis 0.6cm grosse Glioseherde im rechten Gyrus parahippocampalis und im Marklager des rechten Gyrus frontalis superior, wahrscheinlich ebenfalls posttraumatisch im Sinn kleinerer, nicht hämorrhagischer Scherverletzungen (act. G 8.1.50-1). Schliesslich wurde der Beschwerdeführer am 5. März 2009 in der Epilepsie-Sprechstunde der Klinik für Neurologie des KSSG untersucht. Es wurde auch ein EEG durchgeführt. Nebst dem Alkoholabhängigkeitssyndrom wurde eine symptomatische posttraumatische Epilepsie diagnostiziert. Der Beschwerdeführer habe seit dem 14. November 2008 über keine neuerlichen Anfallsereignisse mehr berichtet. Die einzigen Beschwerden, welche seit dem Schädelhirntrauma fortbeständen, seien wiederkehrende drückende Kopfschmerzen frontal. Anlässlich der Verlaufsuntersuchung habe sich der Beschwerdeführer klinisch-neurologisch unauffällig mit im Wesentlichen unverändertem EEG präsentiert (act. G 8.1.45-4).

3.3.2 Hinsichtlich des Autounfalls in der Kindheit sind offensichtlich keine Unterlagen mehr vorhanden, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen. Sodann nahm Dr. G. ___ mit Bericht vom 27. Februar 2013 zur Frage eines weiteren Abklärungsbedarfs v.a. vor dem Hintergrund des Berichts von Dr. F. ___ und I. ___ vom 7. Oktober 2010 dahingehend Stellung, als er eine neurologische Abklärung einschliesslich EEG und erneuter bildgebender Verfahren als nicht zielführend beurteilte. Dies, weil eine Hirntraumatisierung unbestritten sei. Der klinisch



neurologische Befund bei der RAD-Untersuchung vom 15. September 2009 sei unauffällig gewesen. Durch das Schädeltrauma werde Jahre nach dem Unfallereignis kein Fortschreiten des Hirnschadens "bedingt"; dieser werde allenfalls durch die schädliche Alkoholwirkung überlagert. Das seinerzeit bei den Hospitalisationen in Innsbruck (Neurochirurgie) und in der Psychiatrischen Klinik K.____ aufgetretene Zustandsbild sei einem deliranten, der Alkoholabhängigkeit zuzurechnenden Geschehen zugeordnet worden. Dennoch werde der Durchführung einer neuropsychologischen Evaluation durch eine(n) forensisch erfahrene(n) Neuropsychologen/in oder eine entsprechende Institution mit angeführter Fragestellung und unter der Voraussetzung einer zuvor mindestens drei Monate nachgewiesenen Alkoholkarenz nicht entgegengetreten. Zu beantworten wären gemäss dem RAD-Arzt diverse Fragen (act. G 23).

3.3.3 Auf Grund des vorerwähnten Berichts von Dr. F.____ und I.____ sowie der ergänzenden Stellungnahme von Dr. G.____ sind die Auswirkungen der (unbestrittenen) Hirntraumatisierung offensichtlich nicht ausreichend abgeklärt. Während Dr. F.____ und I.____ vermuten, dass die Folgen der psychoorganischen Störung nach Schädelhirntrauma schwerwiegender seien als bisher angenommen, räumt auch Dr. G.____ implizit ein, dass in dieser Hinsicht Abklärungsbedarf bestehe, andernfalls liesse sich sein umfassender Fragenkatalog in der ergänzenden Stellungnahme nicht erklären. Es wird zudem aus gutachterlicher Sicht zu klären sein, ob auf Grund der vorhandenen medizinischen Akten eine ergänzende neuropsychologische Abklärung ausreicht oder ob zusätzlich eine neurologische Abklärung erforderlich erscheint. Da die (ursprüngliche) Sachverhaltsabklärung in erster Linie im Aufgabenbereich der Verwaltung liegt, ist die Angelegenheit zur Durchführung der ergänzenden Abklärungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie wird unter Beachtung der Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers eine geeignete Stelle mit der ergänzenden Begutachtung des Beschwerdeführers zu beauftragen haben.

4.

Im Übrigen ist die von Dr. G.____ aufgestellte Voraussetzung für die weitere Begutachtung, der Beschwerdeführer müsse vor der gutachterlichen Abklärung mindestens während drei Monate alkoholabstinent sein, vom Gericht nicht



abschliessend zu beantworten. Welche Voraussetzungen der Beschwerdeführer bezüglich Alkoholabstinenz für die medizinische Abklärung erfüllen muss, wird die Gutachterstelle zu entscheiden haben.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Dezember 2010 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtet. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Damit erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung betreffend Verletzung des rechtlichen Gehörs (vgl. E. 1.4); auch wird die bewilligte unentgeltliche Rechtspflege gegenstandslos.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Dezember 2010 teilweise gutgeheissen. 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.--.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.