



Fall-Nr.: IV 2013/37
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 04.06.2020
Entscheiddatum: 20.05.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 20.05.2014

Weder der Optimierungsbedarf bei der Ausgestaltung des Aktenverzeichnisses noch der Umstand, dass eine fixe Nummerierung der Akten nicht in jeden Fall gewährleistet ist, rechtfertigt vorliegend eine Kassation der Verfügung aus formellem Grund. Mit seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Sinn einer Aktenbeurteilung hat sich der RAD nicht der einen oder anderen von mehreren (den Zustand gesamthaft umfassenden) Beurteilungen von Ärzten anschliessen können, welche den Beschwerdeführer untersucht haben. Die Sache ist ungenügend abgeklärt. Erforderlich ist eine Arbeitsfähigkeitsschätzung, welche - basierend auf einer eigenen Untersuchung - alle geklagten Beschwerden und ihr allfälliges Zusammenwirken berücksichtigt. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Mai 2014, IV 2013/37).

Entscheid Versicherungsgericht, 20.05.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 20. Mai 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Andreas Wiget, Rosenbergstrasse 42b,
9000 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.____ meldete sich am 9./16. Mai 2011 wegen Epilepsie und Frakturen im Brustwirbelbereich zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Integration/Rente) an. Er sei als Gärtner angestellt. Seit dem 6. September 2010 sei er arbeitsunfähig. Seit 2008 stehe er wegen einer Depression in Behandlung. - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen holte die Unfallversicherungsakten ein (IV-act. 7). Diesen war unter anderem zu entnehmen, dass der Versicherte ab dem 6. September 2010 arbeitsunfähig geschrieben worden war. Vom 17. Februar bis 17. März 2011 hatte er sich stationär in der Klinik Valens aufgehalten. Gemäss deren Austrittsbericht vom 1. April 2011 (Dokument 52 der technisch nummerierten UV-Akten) bestand (aufgrund eines thorakovertebralen Syndroms und einer Epilepsie mit einfach- und eventuell komplex-fokalen Anfällen und einmalig sekundär generalisiertem epileptischem Anfall am 6. September 2010) eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 27. März 2011. Danach sei dem Versicherten die bisherige (mittelschwere) Arbeit (mit Gewichtsbelastungen von 15 bis 25 kg) vorläufig (sinngemäss wiedergegeben) für ca. 30 % zumutbar (entsprechend zwei bis drei Stunden pro Tag; Arbeit halbtags mit reduzierter Leistung). Das repetitive Hantieren mit Heckenschere (ca. 9 kg Gewicht, zum Teil über Kopf) und generell mit Gewichten über 10 kg sei zurzeit nicht zumutbar. Wechselbelastende leichte Tätigkeiten seien ab Klinikaustritt mindestens zu 50 % (halbtags) zumutbar. Die weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit sollte gestaffelt erfolgen. Der Kreisarzt-Stellvertreter hatte am 29. April 2011 (Dokument 56 der technisch nummerierten UV-Akten) befürwortet, die



Arbeitsfähigkeit von 50 % zwei Monate nach deren Beginn sukzessiv von 75 % auf 100 % aufzustocken. Vom 3. bis 6. Mai 2011 war der Versicherte zur ergänzenden Diagnostik und Anpassung der antikonvulsiven Therapie in der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hospitalisiert. - Gemäss einem Gesprächsprotokoll (IV-act. 9; vgl. IV-act. 22) gab Dr. med. B.____, Praktische Ärztin FMH, dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung am 27. Mai 2011 bekannt, der Versicherte leide an einer symptomatischen Epilepsie. Er habe am 6. September 2011 (recte: 2010) einen erstmaligen Grand mal-Anfall und dabei Deckplattenimpressionsfrakturen BWK 5-9 und BWK 11 erlitten mit anhaltendem thorakovertebralem Syndrom. Ausserdem bestünden eine nicht näher bezeichnete depressive Störung und seit längerer Zeit akzentuierte Persönlichkeitszüge. Der Versicherte besitze keine Fahreignung und könne keine Arbeiten an Maschinen mit Verletzungsgefahr ausüben und die Wirbelsäule sei eingeschränkt belastbar. Bis zum 20. Mai 2011 habe sie (die Ärztin) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert; danach sei diese vom neuerdings behandelnden Hausarzt zu beurteilen. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei bei der diesbezüglich behandelnden Ärztin zu erfragen. Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab dem RAD am 27. Mai 2011 (IV-act. 11) an, es bestünden aktuell keine psychiatrischen Funktionsausfälle, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Die Arbeitgeberin bescheinigte am 30. Mai 2011 (IV-act. 15), der Versicherte sei seit dem 17. März 1997 als Gärtner angestellt und habe seit dem 9. Mai 2011 als Gärtner eine angepasste Tätigkeit in einem anderen Pflegekreis. - Am 8. August 2011 fand eine UV-kreisärztliche Untersuchung (Bericht vom 16. August 2011; Dokument 77, handnummeriert, bei den UV-Akten) statt. Die Untersuchung sei durch Inkonsistenzen des Versicherten geprägt gewesen. Die geringfügigen Infraktionen seien konsolidiert; die geklagten Beschwerden bei Skoliose mit degenerativen Veränderungen im Bereich der oberen und mittleren BWS seien krankheitsbedingt. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit unter Berücksichtigung der Unfallfolgen betrage ab dem Untersuchungsdatum 75 %. Ab dem 3. Oktober 2011 sei mit einer Wiederaufnahme der vollen Tätigkeit zu rechnen. - Am 15. Oktober 2011 (IV-act. 74) hielt Dr. C.____ auf dem zurückzusendenden Gesprächsprotokoll des RAD vom 27. Mai 2011 fest, eine "Aufstockung auf 75 %" [wohl: der Arbeitsfähigkeit] sei wegen Morgentiefs nicht möglich, deshalb "Reduktion auf 50 %", bis die Depression abgeklungen sei, nämlich bis Ende



September. Der Versicherte werde einer Depression entsprechend behandelt, da ihn das morgendliche Arbeiten extrem anstrengt und circadian erschöpft. - In einem FI-Ergebnis-Protokoll vom 25. Oktober 2011 nach Assessmentgespräch (unter Mitwirkung des RAD, IV-act. 33) wurde festgehalten, die bisherige Tätigkeit sei so angepasst worden, dass der Versicherte nicht mehr mit Maschinen arbeiten müsse. Die Arbeitsfähigkeit für die Unfallversicherung betrage für die angestammte Arbeit und adaptierte Tätigkeiten 100 % (betreffend die Frakturen), die Arbeitsfähigkeit für die IV ebenso (mit einer vorübergehenden Leistungseinschränkung bezüglich Maschinenbedienung und Fahrens). Bis spätestens Mai 2012 müsse der Versicherte die Arbeit im Umfang von 50 % (nachmittags) auf 100 % steigern, sonst werde die Kündigung erfolgen. Es wurde am 4. November 2011 eine Zielvereinbarung (unter anderem: Arbeit zu 100 % ab spätestens 1. April 2012) getroffen (IV-act. 36). Mit Schreiben vom 9. November 2011 (IV-act. 38) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten als Arbeitsvermittlungsmassnahme Beratung und Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes zu. In einem Arztbericht vom 28. Januar 2012 (IV-act. 43) bescheinigte Dr. C.____ ihm für die Zeit ab dem Anfall eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Landschaftsgärtner von 50 % wegen eines ab 2010 aktualisierten (seit 2008 bestehenden) Zustands nach reaktiver mittelgradiger depressiver Episode. Als Einschränkungen bestünden eine Ungeeignetheit für Schichtarbeit, eine Kälte-Intoleranz und Schmerzen. Eine angepasste Tätigkeit wäre bald zu 100 % möglich. Mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit zu 60 % bzw. zu 100 % bei passender Tätigkeit könne sofort gerechnet werden. Wie den UV-Akten zu entnehmen ist, hatte die Ärztin der Kranken-Erwerbsausfallversicherung am 16. Januar 2012 (bei der psychiatrischen Diagnose eines Zustands nach Angst- und Paniksyndrom bei depressiver Verstimmung) erklärt, die bisherige Arbeit sei nicht mehr möglich (Heben, Tragen, Kälte), die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit sei von 50 auf 100 % steigerbar. Dr. med. D.____, Facharzt FMH Innere Medizin, gab der betreffenden Versicherung am 20. Januar 2012 bekannt, vom 6. September 2010 bis 29. September 2011 sei der Versicherte (bei den Diagnosen der Epilepsie, der Fraktur und einer reaktiven Depression) voll arbeitsunfähig gewesen, seither sei er zu 50 % arbeitsunfähig (im August 2011 war der Arzt noch von einer Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit dem 20. Mai 2011 von 50 % und davon ausgegangen, dass in wenigen Wochen volle Arbeitsfähigkeit vorliegen



St.Galler Gerichte

werde). Gemäss dem ärztlichen Zeugnis von Dr. D.____ vom 19. Januar 2012 hatte ausserdem am 17. und 18. Januar 2012 volle Arbeitsunfähigkeit bestanden und gemäss dem Attest vom 13. Februar 2012 lag ferner für die Zeit vom 2. bis 19. Februar 2012 volle Arbeitsunfähigkeit vor.

A.b Mit Verfügung vom 3. April 2012 (IV-act. 56) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab. Der Versicherte fühle sich nur beschränkt arbeitsfähig und gehe im Rahmen des 50 %-Pensums der adaptierten Tätigkeit bei der bisherigen Arbeitgeberin nach.

A.c Die Arbeitgeberin teilte am 23. April 2012 (IV-act. 57) mit, auf den 30. September 2012 werde die Kündigung veranlasst.

A.d Mit Vorbescheid vom 10. Mai 2012 (IV-act. 61 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten eine Abweisung seines Gesuchs um eine Rente in Aussicht. Der Invaliditätsgrad betrage 13 %. Der Versicherte wandte am 1. Juni 2012 (IV-act. 63) ein, es sei ihm eine Rente zuzusprechen, und zwar gestützt auf die Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierter Tätigkeit gemäss der Klinik Valens sowie unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs wegen reduzierten Beschäftigungsgrads, Beschränkung auf leichte Arbeiten mit der Notwendigkeit hoher Medikation, Absenz von Dienstjahren im neuen Beruf, geringer Schulbildung, begrenzter Sprachkenntnisse und Notwendigkeit eines Wechsels in ein neues Tätigkeitsgebiet.

A.e Der RAD hielt am 6. August 2012 (IV-act. 65) dafür, der Bericht der Klinik Valens vom 13. März 2011 sei durch die kreisärztliche Untersuchung vom 8. August 2011 überholt. Es seien noch ein Arztbericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen und ein solcher von Dr. C.____ einzuholen. - Dr. C.____ hielt am 14. August 2012 (IV-act. 67) fest, die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar, denn Arbeiten in gebückter Stellung und in der Hocke, Tragen und Heben seien nicht mehr möglich. Die Leistungsfähigkeit sei in jeder Tätigkeit vermindert infolge des Anfallsleidens, der Schmerzen und der Depression. Für eine Tätigkeit im Stehen oder in wechselnder Haltung im nicht zu kühlen Trockenen, ohne Lärm und Flackerlicht betrage die Arbeitsfähigkeit ca. 50 %. In einer ideal adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 bis 100 %. Diagnostisch sei von einer



St.Galler Gerichte

anhaltenden depressiven Verstimmung (gemäss Code: Dysthymie) auszugehen. - Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen gab am 18. Oktober 2012 (IV-act. 69) an, es bestünden (verkürzt wiedergegeben) eine symptomatische Epilepsie (mit erstmaligem Grand mal-Anfall am 06.09.2010 und rezidivierenden fokalen Anfällen mit Déjà-vu-Erlebnissen, provoziert durch Schlafentzug und psychische Erregung, und mit Volumenvermehrung des Corpus amygdaloideus links, ätiologisch DD Differenzierungsstörung/DD niedergradiges Gliom, im Verlaufs-MRI von 08/2012 keine Grössenzunahme, aktuell unter antikonvulsiver Therapie anfallsfrei seit Mai 2011), ein thorakovertebrales Syndrom und rezidivierend depressive Episoden. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten noch zumutbar. Schichtdienst könne er aber nicht leisten. Aufgrund der Komorbiditäten sei eine gewisse Leistungseinschränkung durchaus möglich; genau sei das nicht beurteilbar. Eine angepasste Tätigkeit zu ca. 50 % sei seit der Rehabilitationsbehandlung sicherlich möglich und zu empfehlen. Bei ausreichender psychischer Stabilisierung, weiterer Anfallsfreiheit und Nachlassen der Schmerzen könne langfristig von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. - Nach einer Stellungnahme des RAD vom 7. November 2012 (IV-act. 70) gab die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten am 8. November 2012 (IV-act. 72) bekannt, welche neuen Unterlagen sie eingeholt habe. Sie halte an ihrem Entscheid fest. - Der Versicherte hielt am 21. November 2012 (IV-act. 75) dafür, die Abklärungen zeigten eine Arbeitsunfähigkeit von derzeit 50 % in angepasster Tätigkeit auf. Ein solches Pensum vermöge er nur mit starken Schmerzmitteln einzuhalten, weshalb es eigentlich nicht zumutbar wäre. Mit Verfügung vom 14. Dezember 2012 (IV-act. 76) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch des Versicherten ab.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. Andreas Wiget für den Betroffenen am 25. Januar 2013 erhobene Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, die Akten seien der Beschwerdegegnerin zur Verbesserung des Aktenverzeichnisses und festen Nummerierung der Akten zurückzuschicken und dem Beschwerdeführer sei ab 1. September 2011 eine Rente gemäss IVG zuzusprechen. An der Rücksendung zur fixen Nummerierung der Akten bestehe deshalb ein Interesse, weil niemand wisse, ob der Rentenanspruch des



Beschwerdeführers im Rahmen einer Revision oder Neuanmeldung wieder einmal zur Diskussion stehen werde. Die diesbezügliche (anhaltende, vgl. 8C_319/2010 E. 2) rechtswidrige Praxis der Beschwerdegegnerin widerspreche einem fairen Verfahren nach EMRK. Der Beschwerdeführer habe bereits seit rund zwanzig Jahren unter leichteren Anfällen gelitten, die damals aber nie diagnostiziert worden seien. Nach dem Anfallsereignis vom 6. September 2010 sei er vollständig arbeitsunfähig gewesen, habe die Arbeit mit der Zeit aber wieder halbtags aufgenommen. Die früher trotz der depressiven Episode im Jahr 2008 und der leichten Anfälle bestehende uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit habe er aber nicht mehr erreicht. Im Frühjahr 2012 sei ihm deswegen auf den Zeitpunkt des Auslaufs der Krankentaggelder hin gekündigt worden. Nun beziehe er Taggelder der Arbeitslosenversicherung. Die Unfallversicherung habe das Ereignis vom 6. September 2010 als Unfall anerkannt und Heilungskosten und Taggelder gezahlt. Am 3. Oktober 2011 habe sie die Leistungen eingestellt, nachdem die Frakturen verheilt gewesen seien und die andauernde Teilarbeitsunfähigkeit als krankheitsbedingt betrachtet worden sei. Die Wirbelsäulenbrüche verhinderten schwere Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer als Gärtner ausgeübt habe. Er leide an massiven Schmerzen, die er wegen der antiepileptischen Medikation (nur mit Dafalgan und Novalgin, aber) nicht adäquat behandeln könne. Er nehme abends zwei bis fünf Temesta und werde mit Cymbalta und gesprächspsychotherapeutisch behandelt. Nach dem Bericht von Dr. C.____ vom 28. Januar 2012 seien ihm aus somatischer Sicht nur noch wechselbelastende oder vorwiegend im Gehen auszuübende Tätigkeiten zumutbar. Das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit seien aufgrund der Schmerzen und des depressiven Zustands eingeschränkt. Zu einer ähnlichen Beurteilung seien die Ärzte der Klinik Valens im Frühjahr 2011 nach einem Reha-Aufenthalt des Beschwerdeführers gelangt. Damals hätten noch die thorakalen Beschwerden im Vordergrund gestanden, während sich die psychischen Störungen noch weniger stark ausgewirkt hätten als heute. Entgegen der Beurteilung von Dr. C.____ habe der RAD den Beschwerdeführer für voll arbeitsfähig gehalten und die Einschränkung auf invaliditätsfremde Gründe zurückgeführt. Gemäss dem Bericht von Dr. C.____ vom 14. August 2012 bestehe weiterhin eine im Umfang von etwa 50 % verminderte Leistungsfähigkeit, nach der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen eine Arbeitsfähigkeit von wenigstens 50 %, die - allenfalls über Monate und



Jahre hinaus - gesteigert werden könne. Von Dr. D.____ fänden sich Atteste über eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, die zwischen 50 % und 100 % liege. Nach Auffassung des RAD wirke sich die Epilepsie nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit aus, ebenso wenig führten die verheilten Brüche (oder die vorbestandene Skoliose) zu Arbeitsunfähigkeit und die Dysthymia werde nicht als invalidisierend betrachtet. Der RAD übersehe aber, dass die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen eine Gesamtbeurteilung abgegeben und die Arbeitsfähigkeit nicht allein aus neurologischer Sicht beurteilt habe, ausserdem, dass die Beschwerden auch nach erfolgter Heilung der Wirbelbrüche somatisch erklärbar geblieben seien. Das Ereignis vom 6. September 2010 sei von einschneidender Wirkung gewesen und einem mittleren Unfall gleichzusetzen, der geeignet sei, psychische Beschwerden auszulösen. Die frühere depressive Störung sei dadurch wieder reaktiviert worden. Es dürfte eine bisher nicht diagnostizierte Schmerzstörung vorliegen, die im Fall einer Komorbidität oder bei Vorliegen von Foerster-Kriterien rechtlich bedeutsam sein könne. Von der Klinik Valens sei eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), eventuell im Rahmen einer generalisierten Angststörung, diagnostiziert worden. Dr. C.____ habe festgestellt, die vor Jahren aktiven depressiven Störungen seien wieder aufgelebt. Nach ihrer Meinung wirkten sich die Störungen stark, nämlich zu 50 %, auf die Leistungsfähigkeit aus, wofür eine Dysthymia nicht ausreichen würde. Die depressiven Störungen seien folglich anderer Art und so stark, dass sie eine psychische Komorbidität begründeten. Die psychische Erkrankung sei ausserdem von der Schmerzstörung insoweit unabhängig, als sie bereits Jahre vor dem Unfall (teilweise latent) vorhanden gewesen sei. Überwindbarkeit von Schmerzen bzw. der Teilarbeitsunfähigkeit sei allein deswegen zu verneinen. Aber auch die Foerster-Kriterien würden den selben Schluss zulassen. Als körperliche Begleiterkrankung sei die vorbestandene Skoliose zu betrachten. Schon während der ungetrennten Ehe, erst recht aber seit der Trennung von seiner Frau und dem Bezug einer eigenen Wohnung, habe beim Beschwerdeführer ein unaufhaltsam sich verstärkender Verlust der sozialen Integration stattgefunden. Der Rückzug, verbunden mit Suizidgedanken, sei praktisch vollständig. Als einzige Bande würden ihm seine Kinder bleiben. In seine ursprüngliche Heimat zurückzukehren, sei keine Alternative, da dort Krieg drohe und er mangels Ausbildung keine Aussichten auf Beschäftigung habe. Mittlerweile sei von einem mehrjährigen Krankheitsverlauf zu sprechen. Und schliesslich seien auch die Behandlungsergebnisse trotz



entsprechender Therapien unbefriedigend. Die Schmerzen und die eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit müssten als nicht, zumindest nicht als vollständig überwindbar bezeichnet werden. Der Beschwerdeführer habe gezeigt, dass er in der Lage sei, ein Halbtagespensum zu erfüllen. Er habe Anspruch auf eine Teilrente der IV, jedenfalls für eine gewisse Zeit. Zum Beweis sei eine polydisziplinäre (orthopädische/neurologische/psychiatrische) Begutachtung durchzuführen. Diese sei vom Versicherungsgericht anzuordnen, eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Rentenbeginn sei auf den 1. November 2011 festzulegen. Im Jahr vor dem Unfall und im Jahr, in welchem dieser passiert sei [2010], habe der Beschwerdeführer unverändert Fr. 69'589.20 verdient, monatlich somit Fr. 5'799.10. Es sei anzunehmen, dass sich der Lohn in den zwei Jahren um 1 % auf monatlich Fr. 5857.10 erhöht hätte. Vom Grundlohn gemäss Lohnstrukturerhebung 2010 [bei 50 % Arbeit] von Fr. 2'554.65 seien Abzüge vorzunehmen. Der Beschwerdeführer habe nur nachmittags, also teilzeitlich, gearbeitet. Seine Möglichkeiten seien auf leichte Arbeiten eingeschränkt. Die depressiven Störungen erschwerten das Ausnützen der vollen Restarbeitsfähigkeit. In Betracht fallen würden nur Hilfsarbeiten ohne Korrespondenz, da sich der Beschwerdeführer schriftlich nicht ausreichend zu äussern vermöge. Es bestehe ferner eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle. Insgesamt sei ein Abzug von 20 % vorzunehmen, womit sich der anrechenbare Lohn auf Fr. 2'043.70 und der Invaliditätsgrad auf 65.1 % belaufen würden. Der Beschwerdeführer habe Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. März 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei keine Einschränkung des Beschwerdeführers in der Arbeitsfähigkeit gegeben. Da ihm sowohl die bisherige wie eine adaptierte Tätigkeit möglich sei, sei kein Leidensabzug angezeigt. Bei voller Arbeitsfähigkeit könne auch kein Teilzeitabzug vorgenommen werden.

D.



St.Galler Gerichte

Am 13. März 2013 hat die Gerichtsleitung das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) gutgeheissen.

E.

Mit Replik vom 22. März 2013 hält der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dafür, bezüglich der Ziff. 3 der Beschwerdeschrift (d.h. der Aktenführung) müsse das Gericht nun ein autoritatives Zeichen setzen. Unter Vorbehalt der (anzuordnenden) Rücksendung der Akten an die Beschwerdegegnerin bringt er vor, die Beschwerdegegnerin begnüge sich hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit mit dem Wiedergeben der RAD-Beurteilung. Der RAD begründe nicht, weshalb - im Unterschied zu den vorhandenen Berichten - eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gegeben sein sollte. Diese Feststellung sei unbeachtlich; zu prüfen sei einzig die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit. Die Bedeutung der Berichte behandelnder Ärzte dürfe nicht vernachlässigt werden und es liege nicht in der Kompetenz des RAD, ohne Untersuchung eine eigene Schätzung der Arbeitsunfähigkeit abzugeben. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht auf die vorhandenen Arztberichte stützen. Insoweit sei es dem RAD verwehrt, davon abzuweichen. Halte die Beschwerdegegnerin die vorhandenen Bericht nicht für beweisend, sei ein Gutachten anzuordnen.

F.

Am 29. April 2013 hat die Beschwerdegegnerin am Antrag festgehalten und im Übrigen auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

Erwägungen:

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2012 hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers, namentlich seinen Rentenanspruch, abgewiesen. Sowohl im Vorbescheids- wie im Gerichtsverfahren werden einzig Rentenleistungen beantragt. Strittig ist demnach zunächst ein allfälliger



Anspruch auf eine Rente. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage steht, so gehörte zum Streitgegenstand, auch wenn die Beschwerdegegnerin am 3. April 2012 einmal einen Anspruch auf (weitere) berufliche Massnahmen abgewiesen hatte, notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

1.2 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt eine Rücksendung der Akten zur Verbesserung deren Verzeichnisses und zur festen Nummerierung. Das Aktenverzeichnis verunmögliche eine Kontrolle darüber, ob Aktenstücke aufgenommen oder entfernt worden seien, und sei ausserdem sinnlos, weil nicht ersichtlich werde, welcher Art die Akten seien und von wem sie stammten. Ausserdem sei eine fixe Nummerierung sicherzustellen, weil der Rentenanspruch des Beschwerdeführers später wieder einmal zur Diskussion stehen könnte. Das angerufene Gericht dürfe die rechtswidrige Praxis der Beschwerdegegnerin nicht länger tolerieren. - Nach Art. 46 ATSG sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen. Die Aktenführungspflicht der Verwaltung stellt das Gegenstück zum Akteneinsichtsrecht der versicherten Person dar, welches Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör gemäss Art. 42 ATSG (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV) bildet. Dieses dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar (vgl. BGE 132 V 368 E. 3.1). - Das Bundesgericht hat in einem Urteil i/S F. vom 15. Dezember 2010 (8C_319/2010) festgestellt, die Kurztexthe des dortigen Aktenverzeichnisses erschöpften sich in weiten Teilen in allgemein gehaltenen, den Inhalt der einzelnen Dokumente nur rudimentär wiedergebenden Formulierungen und vermöchten daher kaum eine zweckdienliche Übersicht zu bieten. Das vorliegende Aktenverzeichnis weist nebst genaueren Bezeichnungen ebenfalls einige dieser (allzu) allgemeinen Kurztexthe wie "IVS Korrespondenz", "IVS Anfrage an Dritte/vP" oder "IVS Nicht formalis.med.Bericht" auf. Dadurch war das Akteneinsichtsrecht des Beschwerdeführers - wie für das vom Bundesgericht beurteilte Dossier von diesem gefolgert - zwar erschwert, aber nicht verunmöglicht. Das Bundesgericht hat diesbezüglich Optimierungsbedarf bei der Beschwerdegegnerin festgestellt. Darin eine nicht heilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken,



welche mit der Kassation der Verfügung zu ahnden wäre, hat es aber abgelehnt. Präzisere Bezeichnungen würden es denn auch gewiss erleichtern, die Übersicht zu gewinnen, sind aber nicht auf dem Weg eines formellen Ausgangs einer Beschwerde wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs durchsetzbar. - Was die Fixierung der Laufnummern angeht, ist das Bundesgericht davon ausgegangen, dass eine versicherte Person oder ihre anwaltliche Vertretung auch bei mehrmaliger Zustellung grundsätzlich stets das gleiche Set an Dokumenten mit den gleichen Laufnummern erhalte, so dass neu beigefügte Aktenstücke relativ leicht erkennbar seien (E. 2.3.2). Werden die Akten von Neuem gedruckt (z.B. für ein weiteres Verfahren oder für einen anderen Empfänger) oder werden Akten irrtümlich einem falschen Dossier zugeordnet (vgl. 8C_319/2010 E. 2.3.2), kann sich indessen eine andere Laufnummer ergeben. Es fragt sich, ob das ausgeschlossen werden kann oder ob zu verlangen sei, dass solche Vorgänge kenntlich gemacht werden. Zweck der Regeln über die Aktenführung ist es, die Vollständigkeit der Akten sicherzustellen. Eine fixe Nummerierung würde der leichteren Überprüfung der Vollständigkeit dienen. Diese ist aber auch ohne sie nicht ausgeschlossen. Eine eindeutige Identifikation eines Dokuments ist gewährleistet, und zwar durch die Dokumenten-ID, die stets dieselbe bleibt. Abgesehen davon, dass für dieses Ansinnen lediglich ein mit möglichen künftigen Verfahren begründetes Interesse geltend gemacht wird, kann es keine Aufhebung der angefochtenen Verfügung aus formellem Grund rechtfertigen. Konkret besteht kein Anhaltspunkt und wird auch nicht geltend gemacht, dass das Dossier unvollständig sei. - Soweit das Anliegen des Beschwerdeführers aufsichtsrechtlicher Natur ist, wäre es an das Bundesamt für Sozialversicherungen zu richten (vgl. Art. 76 ATSG und Art. 64a IVG).

2.

2.1 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3045



des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen, ab 1. Januar 2012 gültigen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH).

2.2 Zum Gesundheitszustand und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers liegen verschiedene ärztliche Beurteilungen vor, die teilweise zwischen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und jener in einer adaptierten Tätigkeit unterscheiden. - Im IK-Auszug des Beschwerdeführers (IV-act. 16) sind ab 1994 Einträge verzeichnet. Wie dem Austrittsbericht der Klinik Valens (Dokument 51-1 der technisch nummerierten UV-Akten) zu entnehmen ist, war er zuerst als Gipser tätig. Seit März 1997 stand er zuletzt gemäss der entsprechenden Arbeitgeberbescheinigung in einem Arbeitsverhältnis als Gärtner. Danach konnte ihm - nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung (Frakturen) am 6. September 2010 - ab Mai 2011 eine angepasste Tätigkeit in einem anderen Pflegekreis gegeben werden. Der Beschwerdeführer selber gab am 3. August 2011 an, es handle sich grundsätzlich um dieselbe Arbeit wie er in der vorherigen Gruppe auszuüben gehabt habe, doch arbeite er zurzeit nicht mit Maschinen (IV-act. 37-2).

2.3 Nach der Aktenlage erlitt der Beschwerdeführer eine geringgradige Deckplattenimpressionsfraktur mehrerer Brustwirbelkörper (Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen, 16. Dezember 2010, Dokument 12-1 der technisch nummerierten UV-Akten); seit jüngerer Zeit liegt ein thorakovertebrales Syndrom vor (Klinik Valens, Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen). Ausserdem bestehen eine symptomatische Epilepsie (Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen) und eine anhaltende depressive Verstimmung (Dr. C.____, IV-act. 67-3).

2.4 Was die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, wurde nach der ersten Phase voller Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an den Aufenthalt in der Klinik Valens (bis 27. März 2011) von dieser eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 30 %, in adaptierter Tätigkeit von mindestens 50 % für zumutbar gehalten. Kreisärztlich wurde am 29. April 2011 davon ausgegangen, dass eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (wohl in der bisherigen Tätigkeit) vorliege, welche sich sukzessiv auf 75 und auf 100 % steigern lasse. Die Epilepsie wurde dabei als unfallfremd betrachtet. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % hatte damals (bis 20. Mai 2011) auch Dr. B.____ (aus somatischen Gründen)



bescheinigt. Psychiatrisch gesehen war die Arbeitsfähigkeit zu jener Zeit (27. Mai 2011) gemäss Dr. C.____ (bei stabilisiertem Gesundheitszustand nach durch den Anfall bewirkter Stimmungsverschlechterung bei früherer reaktiver mittelgradiger depressiver Episode, Stimmungsschwankungen, Hyperventilationszuständen und Panikattacken sowie akzentuierten Persönlichkeitszügen) nicht eingeschränkt. - In der Folge (August 2011) war dafürgehalten worden, die UV-relevante (d.h. ohne Berücksichtigung der Skoliose und degenerativen BWS-Veränderungen beurteilte, wohl auf die bisherige Tätigkeit bezogene) Arbeitsunfähigkeit sei auf 25 % zurückgegangen und mit der Wiedererlangung voller Arbeitsfähigkeit sei ab 3. Oktober 2011 zu rechnen. Aus psychiatrischen Gründen (Depression mit Morgentief) attestierte Dr. C.____ im Oktober 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die Fachärztin der Psychiatrie nannte am 28. Januar 2012 dann für die bisherige Tätigkeit Arbeitsfähigkeiten von 50 % und von 60 %, für eine adaptierte Tätigkeit von 100 % bzw. bald 100 %. Dabei schloss sie gemäss der Begründung auch somatische Aspekte mit ein. Dr. D.____ bescheinigte am 20. Januar 2012, der Beschwerdeführer sei seit dem 30. September 2011 zu 50 % arbeitsunfähig. Am 14. August 2012 war nach der (wiederum nicht auf psychiatrische Gründe beschränkten) Beurteilung von Dr. C.____ eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr möglich, eine solche in adaptierter Tätigkeit im Rahmen von 50 bis 100 %. Allerdings hielt sie fest, die Arbeitsfähigkeit sei infolge des Anfallsleidens, von Schmerzen und Depression in jeder Tätigkeit eingeschränkt. Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen schliesslich berichtete am 18. Oktober 2012, eine gewisse Leistungseinschränkung sei durchaus möglich, lasse sich aber nicht genau festsetzen. Eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % in angepasster Tätigkeit sei seit der Rehabilitation sicherlich möglich. Unter bezeichneten Voraussetzungen (ausreichende psychische Stabilisierung, Anfallsfreiheit, Nachlassen der Schmerzen) könne langfristig volle Arbeitsfähigkeit angenommen werden, wobei sich dieser Prozess über mehrere Monate/Jahre hinziehen könne.

2.5 Diese medizinischen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit betreffen erst einen bestimmten Zeitraum, sind unter einem einschränkenden (rechtlichen oder disziplinären) Gesichtswinkel abgegeben worden, zeichnen sehr kurzfristige Schwankungen nach oder haben eine bedeutende Frage als nicht beurteilbar bezeichnet. Sie beschreiben gelegentlich erst erwartete Entwicklungen, welche bis zu ihrem Eintritt für die Arbeitsfähigkeit nicht von Relevanz sind. Die wohl als



Gesamtschätzung verstandenen Beurteilungen durch die Psychiaterin im Einzelnen sind teilweise unklar. Sie könnten im Übrigen als solche nur stichhaltig sein, wenn erwiesen wäre, dass damit die orthopädischen und neurologischen Beschwerden zutreffend gewürdigt worden sind. Die ärztlichen Einschätzungen sind somit hinsichtlich der insgesamt zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht schlüssig genug.

2.6 Der RAD hielt bei diesen Gegebenheiten am 7. November 2012 (IV-act. 70) dafür, die Epilepsie sei gut eingestellt und es lägen keine objektivierbaren neurologischen Funktionseinschränkungen vor, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden (einzig sei Schichtarbeit zu vermeiden). Der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen könne daher nicht gefolgt werden. Die geringfügigen Impressionsfrakturen seien konsolidiert; unter diesem Aspekt bestehe volle Arbeitsfähigkeit. Die Skoliose und die degenerativen Veränderungen hätten bereits vor dem Unfall bestanden und den Beschwerdeführer nicht an einer uneingeschränkten Tätigkeit als Gärtner gehindert. Hieran habe sich mit den Frakturen, nachdem sie ja nun ausgeheilt seien, nichts geändert. Eine Dysthymie schliesslich stelle nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar. Die Arbeitsfähigkeit betrage für die angestammte wie für eine adaptierte Tätigkeit 100 %.

2.7 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Dem Durchführungsorgan kommt die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären. Die regionalen ärztlichen Dienste setzen gemäss Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 Abs. 1 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen. Gemäss Art. 49 Abs. 2 IVV können sie bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest. Auch auf Stellungnahmen des RAD kann nur



abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S M. vom 15. Dezember 2006, I 694/05 E. 2).

2.8 Bei der RAD-Beurteilung vom 7. November 2012 handelt es sich lediglich um eine Aktenbeurteilung. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist nach der Rechtsprechung zwar nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S A. vom 25. März 2011, 9C_58/11; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S G. vom 10. März 2010, IV 2009/93; vgl. auch Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S G. vom 11. März 2010, IV 2008/427, und i/S K. vom 17. Juni 2009, IV 2007/454). Von solchen Verhältnissen kann vorliegend aber nach dem oben Dargelegten nicht ausgegangen werden. Mit der Einschätzung voller Arbeitsfähigkeit hat sich der RAD nicht etwa der einen oder anderen von mehreren (den Zustand gesamthaft umfassenden) Beurteilungen von Ärzten anschliessen können, welche den Beschwerdeführer untersucht haben. Vielmehr hat er jedes Leiden für sich betrachtet, hat eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgeschlossen und ist, soweit deren Berichte eine solche Beurteilung zulassen, von den vorhandenen ärztlichen Standpunkten abgewichen.

2.9 Zwar ist einzuräumen, dass einerseits in den Berichten jener Ärzte auch Anhaltspunkte für die Annahme zu finden sind, die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit könnte einen hohen Grad erreicht haben (namentlich in jenen der Psychiaterin Dr. C.____ vom Januar und vom August 2012), und dass andererseits die Ausführungen des RAD als solche nicht unplausibel sind. Das genügt indessen für den erforderlichen Beweisgrad nicht. Erforderlich ist eine zuverlässige Schätzung der Arbeitsfähigkeit unter Einbezug aller gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers. Es lässt sich nicht ignorieren, dass die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen eine volle Arbeitsfähigkeit erst in Zukunft (möglicherweise erst nach Monaten oder Jahren) erwartet hat, und zwar unter den Bedingungen, dass eine ausreichende psychische Stabilisierung erreicht werden kann, dass weiter Anfallsfreiheit bestehen bleibt und dass die Schmerzen nachlassen. Selbst für eine angepasste Tätigkeit wird



einstweilen eine Arbeitsfähigkeit von (nur, aber immerhin) 50 % angegeben, wobei es sich nach der Formulierung um ein Minimalmass zu handeln scheint. Inwieweit für die Einschränkung neurologische Faktoren verantwortlich sind, wird nicht festgelegt (bzw. im Zusammenhang mit der bisherigen Tätigkeit als nicht beurteilbar bezeichnet). Ein gewisser Einfluss wurde offenbar dem psychischen Zustand zugeschrieben. Die Klinik für Neurologie hat des Weiteren einen chronischen Rückenschmerz des Beschwerdeführers (thorakolumbale Schmerzen) erwähnt, wozu sie (als neurologisch qualifizierte Stelle) keine Beurteilung abgeben könne, und hat auf die hochdosierte Schmerztherapie hingewiesen, bezüglich welcher sie - wenn irgendwie möglich - ein Ausschleichen empfahl. Ausserdem hat sie den Umstand erwähnt, dass aufgrund der Komorbiditäten eine gewisse Leistungseinschränkung möglich sei, was durchaus denkbar ist. Aus diesem Grund lässt sich nicht ohne Weiteres annehmen, nach der Ausheilung der Frakturen sei bezüglich des Rückenleidens wieder der Vorzustand erreicht, der die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt habe. Zu der schon vom Kreisarzt beschriebenen belastungsabhängigen Schmerzsymptomatik im Sinn eines BWS-Syndroms war im Übrigen am 8. August 2011 ein Röntgenbild (BWS ap/seitlich) angefertigt worden, wonach unter anderem eine geringgradige rechtskonvexe skoliotische Fehlhaltung der BWS und eine spondylotische Abstützreaktion in den Segmenten Th5 bis 9 und Th11 auch ausserhalb des Scheitels der Kyphose vorgefunden wurden. Der Kreisarzt hatte dafürgehalten, die Infraktionen seien konsolidiert. Im Dezember 2010 hatte ein MRI der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen gemäss Bericht vom 20. Januar 2011 eine im Vergleich zur computertomographischen Voruntersuchung vom 8. September 2010 unveränderte geringe ventrale Höhenminderung von BWK5-9 und BWK11 bei jeweils progredienter Impression der Deckplatte mit zunehmender intraspongiöser Hernierung, Punctum maximum in BWK11 und noch geringem residuellen Knochenmarksödem bei noch nicht abgeschlossener Frakturkonsolidation ergeben. Damals war keine radiologische Nachkontrolle für erforderlich gehalten, bei Beschwerdepersistenz (wie offenbar bestehend) hingegen eine Vorstellung in der Schmerzlinik empfohlen worden. Eine Untersuchung (im Hinblick auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers) des vom Kreisarzt aus der Beurteilung ausgeschlossenen orthopädischen Leidens war in jüngerer Zeit nicht mehr erfolgt.



2.10 Unter diesen Umständen ist festzuhalten, dass Anspruch auf eine ergänzende medizinische Abklärung besteht. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung, welche - basierend auf einer eigenen Untersuchung - alle geklagten Beschwerden (orthopädisch, neurologisch, eventuell psychiatrisch) und ihr allfälliges Zusammenwirken berücksichtigt, ist bis anhin nicht eingeholt worden. Das ist nachzuholen. Ein Gerichtsgutachten ist bei den erwähnten Gegebenheiten nicht erforderlich (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

3.

3.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2012 teilweise zu schützen und die Sache ist zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 Eine Rückweisung zur weiteren Abklärung der Streitsache und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht in Bezug auf die Kosten ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. SVR 1995 IV Nr. 51 S. 143; ZAK 1987 S. 266 E. 5a). Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) vom 13. März 2013 ist damit obsolet geworden.

3.3 Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen.

3.4 Der Beschwerdeführer hat bei diesem Ausgang des Verfahrens gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2012 aufgehoben und die Sache wird zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- zu bezahlen.