

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/407 vom 8. Juni 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_407

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/407 du 8 juin 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/407 del 8 giugno 2010

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Rückweisung zur erneuten psychiatrischen Begutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juni 2010, IV 2008/407).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2008 traten die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft. Der Beurteilung sind jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids bzw. im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung erging am 31. Juli 2008, wobei im Wesentlichen ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des EVG [Eidgenössisches Versicherungsgericht; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 7. Juni 2006 [I 428/04] Erw. 1). Diese übergangsrechtliche Situation zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage brachte. Nachfolgend werden daher die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben.

E. 2

2.1 Streitig ist, ob beim Beschwerdeführer ein gesundheitliches Leiden besteht, das ihn in seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in einer Weise beeinträchtigt, dass ein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (Art. 6 bis 8 und 16 ATSG in Verbindung mit Art. 4 und 28 IVG). Als Gesunder wäre er nach Lage der Akten vollzeitlich erwerbstätig, weshalb sich die Invalidität durch Einkommensvergleich bemisst (Art. 16 ATSG). Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und

nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, 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 IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.2 Im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 28. Februar 2003 wurde als Schlussfolgerung festgehalten, es sei von einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auszugehen, wenngleich von aussen gesehen das Unfallereignis (vom Mai 1998) die für diese Diagnose geforderte Dramatik und Eindringlichkeit vermissen lasse. Erfahrungsgemäss würden Unfälle mit durch Maschinen verursachten Handverletzungen dennoch häufig diese Symptomatik auslösen. Zwar habe sich die intrusive Symptomatik seither stark zurückgebildet, trete aber in Zeiten grösserer psychischer Belastung noch vermehrt wieder in den Vordergrund. Aktuell stehe allerdings die ursprünglich aus der PTBS hervorgegangene Affektstörung im Vordergrund. Diese sei einerseits durch eine resigniert-entnervt und enttäuscht wirkende Grundstimmung, andererseits durch innere Unruhe, Nervosität und ein Gedankenkreisen geprägt. Sie sei heute nicht nur erlebnisreaktiven Ursprungs, sondern auch als Reaktion auf den bisherigen missglückten beruflichen Rehabilitationsverlauf zu verstehen. Insgesamt wirke der Patient mit seiner gesamten persönlichen Situation überfordert, habe bis anhin keine geeigneten Mittel gefunden, seine Reaktionen und Absichten gemäss der vielschichtigen äusseren sozialen Problematik etwas ordnen zu können und laufe erhebliche Gefahr, in einem chronifizierten Schmerzsyndrom hängen zu bleiben (IV-act. 15-10/179f). Im Bericht vom 20. August 2004 bestätigte der Hausarzt Dr. med. C. ___ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 5. August 2004 bis auf weiteres (IV-act. 44-1/17). Im Gutachten vom 10. Februar 2005 bestätigte Dr. med. D. ___, Klinik Gais, das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, einhergehend mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei prämorbid vorbestehender posttraumatischer Belastungsstörung. Seit September 2002 sei der Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht 100 % arbeitsunfähig für jegliche Tätigkeit. Trotz der seit der letzten Untersuchung vom März 2004 eingetretenen leichten Verbesserung des psychischen Zustandes sei die Arbeitsfähigkeit weiterhin nicht gegeben. Der Beschwerdeführer benötige eine stationäre psychiatrische Behandlung und anschliessend eine ambulante sozial-psychiatrische Therapie (IV-act. 51). Diesem Behandlungsvorschlag schloss sich der RAD an (IV-act. 52). Im Nachgang zu einem stationären Behandlungsaufenthalt bestätigte Dr. med. E. ___, Psychiatrische Klinik Wil, im Bericht vom 20. Januar 2006, dass der Beschwerdeführer an einem mittelschweren depressiven Syndrom bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung leide (IV-act. 67). Dr. med. F. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, St. Gallen, berichtete als behandelnder Arzt am 19. Januar 2007, es hätten seit März 2006 regelmässig Konsultationen stattgefunden. Es bestehe eine bleibende Einschränkung von 100 % (IV-act. 79). Eine polydisziplinäre medizinische Abklärung im Medizinischen Zentrum Römerhof (MZR) ergab gemäss Gutachten vom 5. Mai 2008 die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einer mässiggradigen Funktionseinschränkung des linken Handgelenks und im Grundgelenk Dig. II und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angeführt. Der

Beschwerdeführer sei aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht für eine repetitiv beidhändig zu erbringende mittelschwere bis schwere körperliche Arbeit nicht mehr geeignet (100 % arbeitsunfähig). In angepasster Tätigkeit bestehe rheumatologisch-orthopädisch keine Einschränkung. Aus psychiatrischer Sicht sei derzeit sowohl für die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten wie auch für jegliche Verweistätigkeiten eine 20 %ige Arbeitsunfähigkeit mit optionaler Verbesserung des Gesundheitszustandes nach Optimierung entsprechender Therapieoptionen zu bescheinigen. Die rheumatologisch-orthopädische Einschränkung beginne, abgesehen von den behandlungsbedingten Arbeitsunfähigkeiten, ab dem Unfallzeitpunkt (14. Mai 1998). Der Beginn der arbeitsrelevanten psychischen Problematik lasse sich mit dem Datum der psychiatrischen Abklärung vom 8. März 2004 (Dr. D.____) festlegen. In einer angepassten Tätigkeit, die keine obligate Beidhändigkeit erfordere und keine repetitiven Belastungen der linken Hand beinhalte, bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine 80 %ige Restarbeitsfähigkeit. Die Kriterien zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien erfüllt. Unter Einbezug der Förster-Kriterien lasse sich jedoch keine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität (Persönlichkeitsstörung, Suchtproblematik, hirnorganische Beeinträchtigung) eruieren. Auch ein vollständiger Verlust der sozialen Integration (sozialer Rückzug, Verlust persönlicher Interessen) lasse sich nicht erkennen. Es würden sich andererseits Hinweise auf unbefriedigende Behandlungsergebnisse sowie Anzeichen einer missglückten Konfliktbewältigung ergeben. Unter Berücksichtigung der weitestgehend nicht erfüllten Förster-Kriterien sei eine Auswirkung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht anzunehmen. Die Überwindung der geschilderten Schmerzsymptome sei zumutbar (IV-act. 91).

E. 3

3.1 Vorliegend ist aufgrund der Akten (vgl. IV-act. 70-2/2, 91) als belegt zu erachten, dass die Handverletzung vom Mai 1998 die Unzumutbarkeit einer obligat beidhändig zu erbringenden mittelschweren bis schweren Arbeit aus medizinischer Sicht bewirkte, in Bezug auf eine adaptierte (körperlich leichte) Tätigkeit jedoch keine andauernde (orthopädisch begründeten) Arbeitsfähigkeitseinschränkung zur Folge hatte. Hiervon ging bereits die mit Einspracheentscheid vom 19. Februar 2004 bestätigte Suva-Verfügung vom 5. November 2003 aus (UV-act. 28, 39). Der Beschwerdeführer lässt zwar geltend machen, er könne die linke Hand nur limitiert gebrauchen; die Unzumutbarkeit einer handadaptierten Tätigkeit aus somatischen Gründen lässt er jedoch nicht behaupten. Streitig ist hingegen, inwiefern der bei ihm vorliegende psychische Gesundheitsschaden eine Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) zur Folge hat. 3.2 Ein psychischer Gesundheitsschaden führt nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung - wie sie beim Beschwerdeführer diagnostiziert wurde - als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im

Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3). Je mehr diese Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

3.3 Langjährige Behandlungs- und Rehabilitationsmassnahmen führten beim Beschwerdeführer nicht zu positiven Ergebnissen, und er stand im Zeitpunkt der MZR-Begutachtung nach wie vor in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 91-22/45f). Anhaltspunkte für einen mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung sind somit mit Bezug auf die Schmerzproblematik des Beschwerdeführers gegeben, auch wenn dieser Verlauf für Somatisierungsstörungen als diagnosespezifisch (ICD-10: F45.0/F.45.1; Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2007 [I 937/06] Erw. 4.3) erachtet wird. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens lässt sich den Akten demgegenüber nicht entnehmen. Nach den Feststellungen im MZR-Gutachten pflegt er regelmässigen Kontakt zu seiner Schwester und seinen Söhnen und sehe gelegentlich seine Ex-Kollegen; zur (geschiedenen) Ehefrau stehe er in einem freundschaftlichen Verhältnis (IV-act. 91-33/45; vgl. auch IV-act. 79-2/6, 15-10/179). Die MZR-Gutachter verneinten - bei Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung leichten bis mittleren Grades - eine psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, wobei sie prognostisch unter Optimierung einer psychopharmakologischen Behandlungsoption eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit erwarteten (IV-act. 91 S. 36, 41 und 43).

3.4 Depressive Stimmungslagen sind zwar nach der Rechtsprechung (I 224/06) in der Regel (reaktive) Begleiterscheinungen einer somatoformen Schmerzstörung (bzw. Ausdruck und Begleitsymptome des Schmerzgeschehens) und können keine selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität darstellen (vgl. BGE 130 V 358 E. 3.3.1). Es kann aber auch sein, dass sie sich aufgrund ihres Schweregrades von einer somatoformen Störung unterscheiden lassen (Urteil des EVG i/S D. vom 20. April 2004 [I 805/04] E. 5.2.1). Es stellt sich damit die Frage, inwiefern konkret eine unabhängig von der somatoformen Schmerzstörung bestehende Depression zu bejahen ist. Hierbei ist von Bedeutung, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 175 Erw. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001 [I 506/00]) kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass

weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des EVG vom 13. März 2006 [I 676/05] Erw. 2.4).

3.5 Nachdem der Psychiater der Rehaklinik Bellikon Ende Februar 2003 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer daraus hervorgegangenen Affektstörung gestellt hatte (IV-act. 15-10/179f) und von Seiten der Rehaklinik eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden war (IV-act. 15-3/179), vermerkte Dr. D.____ am 10. März 2004 eine mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Zudem erachtete er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als wahrscheinlich (IV-act. 44-17/17). Diese Diagnosen bestätigte Dr. D.____ in dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten vom 10. Februar 2005 im Wesentlichen, wobei er von einer schweren Episode der rezidivierenden depressiven Störung ausging. Der Gutachter bescheinigte eine hieraus resultierende volle Arbeitsunfähigkeit seit September 2002 für jegliche Tätigkeit (IV-act. 51). Der Psychiater Dr. E.____ führte im Bericht vom 20. Januar 2006 im Wesentlichen dieselben psychiatrischen Diagnosen auf, d.h. ein mittelschweres depressives Syndrom bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung (IV-act. 67), und Dr. F.____ erachtete im Januar 2007 eine bleibende psychisch bedingte Einschränkung von 100 % als gegeben (IV-act. 79). Im Gegensatz zu den vorerwähnten Einschätzungen differenzierten die MZR-Gutachter hinsichtlich der Auswirkungen der psychiatrischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit insofern, als sie der rezidivierenden depressiven Störung in Kombination mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Arbeitsfähigkeitseinschränkung von 20 % zuordneten, die anhaltende somatoforme Schmerzstörung für sich allein jedoch mit Hinweis auf die nicht erfüllten "Förster-Kriterien" als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bewerteten (IV-act. 91 S. 37 und 42). Indem die MZR-Gutachter einerseits eine rezidivierende depressive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit und andererseits eine somatoforme Schmerzstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bescheinigten, gingen sie offensichtlich von zwei unabhängig voneinander bestehenden psychiatrischen Diagnosen aus. Bei der rezidivierenden depressiven Störung des Beschwerdeführers handelt es sich, wie die vorangehend geschilderte Aktenlage zeigt, um ein langjähriges Geschehen, deren Schweregrad im Zeitverlauf von leicht über mittelschwer bis schwer schwankte (vgl. IV-act. 44-17/17, 51, 67, 91). Angesichts dieses Verlaufs und der Feststellungen der Dres. D.____, E.____ und F.____ lässt sich eine selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität aufgrund der über lange Jahre bestehenden rezidivierenden Depression nicht ohne weiteres ausschliessen. Insbesondere kann von einer blossen Episode mit Blick auf den langjährigen Verlauf nicht gesprochen werden. Während die MZR-Gutachter sodann den Beginn der von ihnen geschätzten psychiatrischen Einschränkung - ohne nähere Begründung - auf das Datum der Abklärung von Dr. D.____ vom 8. März 2004 legten, setzte Dr. D.____ seinerseits im Bericht vom 10. März 2004 und im späteren Gutachten 2005 den Beginn der Einschränkung bereits auf September 2002 an, d.h. auf das Datum der Kündigung der Arbeitsstelle, welche die depressive Störung ausgelöst habe (vgl. IV-act. 19-7/7, 44-17/17, 51). Im Weiteren ins Gewicht fällt, dass sich die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. F.____ und des von der Beschwerdegegnerin zuerst angefragten IV-Gutachters Dr. D.____ einerseits und

jene des psychiatrischen MZR-Gutachters andererseits in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit vollständig widersprechen. Wenn die MZR-Gutachter im Konsens auf eine vollumfängliche Überwindbarkeit der vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzsymptome schlossen, so vermag dies vor dem geschilderten Hintergrund nicht zu überzeugen. Einem Gutachten kommt rechtsprechungsgemäss schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn Indizien gegen seine Zuverlässigkeit sprechen; es muss nicht feststehen, dass das Gutachten effektiv nicht den Tatsachen entspricht, was nicht mit medizinischen Fachpersonen besetzte Behörden oft nicht beurteilen können (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. Oktober 2002, I 779/01, E. 4.2). Vorliegend bestehen Indizien gegen die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Beurteilung des MZR-Gutachtens, weshalb sie keine aussagekräftige Grundlage zur Beurteilung des Rentenanspruchs darstellt. Andererseits kann jedoch auch nicht unbesehen auf die früheren psychiatrischen Beurteilungen abgestellt werden, zumal sie die gesundheitliche Situation nicht bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung abdecken. Nach dem Gesagten ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine erneute psychiatrische Begutachtung vornehme. Der zu beauftragende Experte wird dabei die gesamte bislang ergangene medizinische Aktenlage einzubeziehen und danach die Frage nach der verbliebenen Restleistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beantworten haben.

E. 4

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 31. Juli 2008 aufzuheben und die Sache zur Anordnung erneuter medizinischer (psychiatrischer) Abklärungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 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 Neubeurteilung gilt praxismässig als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 Erw. 6.1). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die am 8. Dezember 2008 bewilligte unentgeltliche Prozessführung wird dadurch gegenstandslos. Die Entschädigung 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). Es erscheint gerechtfertigt, dem Beschwerdeführer - wie in vergleichbaren Verfahren üblich - eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- zuzusprechen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 31. Juli 2008 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur neuen 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.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.