

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/37 vom 20. Mai 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2013_37

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/37 du 20 mai 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/37 del 20 maggio 2014

Regeste

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).

Erwägungen

E. 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 Kurztexte 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 Kurztexte 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).

E. 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 Fehllhaltung 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 intraspongioser 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).

E. 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 Rechtsverteidigung) 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 Entscheidegebühr 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.