



**Fall-Nr.:** IV 2007/130  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.06.2020  
**Entscheiddatum:** 15.08.2008

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.08.2008**

**Art. 16 ATSG. Wirtschaftliche Begründung des sogenannten "Leidensabzuges". Würdigung der Überzeugungskraft von medizinischen Gutachten und Berichten behandelnder Ärzte (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. August 2008, IV 2007/130).**

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 15. August 2008

in Sachen

Z.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:



## St.Galler Gerichte

A.

Z.\_\_\_\_ meldete sich am 23. Juli 1991 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an. Gemäss einem Bericht der Rehaklinik Bellikon litt er nach einer schweren Sägeverletzung der linken Hand an einer regredienten sensomotorischen Parese des N. medianus und des N. ulnaris, an neurogenen Handschmerzen links, an Hypotrophie und Schwäche der linken Hand und an einer reaktiven depressiven Stimmung. Im Frühjahr 1992 weilte der Versicherte nach drei Rehabilitationsaufenthalten in Bellikon in der BEFAS Appisberg. Diese führte in ihrem Bericht vom 27. April 1992 aus, der Versicherte habe am meisten bei einfachen Maschinenarbeiten leisten können. Hier habe er seine verletzte Hand ungleich effizienter eingesetzt als bei Tätigkeiten, bei denen er die einzelnen Finger habe bewegen müssen. Gleichzeitig habe er viel weniger über Schmerzen und Kraftlosigkeit der Hand geklagt. Die theoretische Erwerbsfähigkeit betrage 50% bei einem ganztägigen Einsatz, dürfte aber kaum zu realisieren sein. Gemäss einer internen Notiz des IV-Sekretariates vom 29. November 1993 hatte die SUVA dem Versicherten bis Ende November 1992 eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100% und für die Zeit danach eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von einem Drittel zugesprochen. Diese Invalidität wurde übernommen, so dass dem Versicherten für die Zeit vom 1. Juli 1991 bis 28. Februar 1993 eine ganze Rente zugesprochen werden konnte. Für die Zeit ab 1. März 1993 musste aber ein Rentenanspruch verneint werden.

B.

Am 27. Februar 2004 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an. Er gab an, er sei vom 26. September 1994 bis 30. April 2003 als Staplerfahrer tätig gewesen. Die Arbeitgeberfirma bestätigte am 16. März 2004, dass der Versicherte vollzeitlich gearbeitet habe. Der Monatslohn würde aktuell Fr. 3300.- betragen. Dr. med. A.\_\_\_\_ berichtete am 19. August 2004, der Versicherte leide an Adipositas permagna, Diabetes mellitus Typ II, arterieller Hypertonie (V.a. koronare Herzkrankheit), reaktiver Depression und Tinnitus. Seit dem 31. Oktober 2002 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Er legte einen Bericht der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie vom 19. Mai 2004 bei, laut dem eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bestand. Die Fachstelle



## St.Galler Gerichte

für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie bestätigte dies in einem an die IV-Stelle gerichteten Bericht vom 7. Oktober 2004. Sie führte ergänzend aus, der Versicherte präsentiere eine gedrückte Stimmungslage, die mit Freudlosigkeit, Schlaflosigkeit, innerer Unruhe und verminderter Konzentration einhergehe. Gleichzeitig leide er an allgemeinen Sorgen, erhöhter Reizbarkeit und ausgeprägten Schlafstörungen. Der Versicherte werde sich vom 4. bis 23. Oktober 2004 in der Klinik Gais aufhalten. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Klinik Gais berichtete am 16. Februar 2005, beim Versicherten stehe aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen im Vordergrund. Diese sei im Rahmen des stationären Aufenthalts durch das regelmässige Bewegungsprogramm und die begleitenden Entspannungsmassnahmen, durch regelmässige therapeutische Gespräche und durch eine Ergänzung der medikamentösen Therapie deutlich gebessert worden. Das Hinterfragen und Bearbeiten der persönlichen Probleme habe eine zunehmende Stimmungsaufhellung und Rückbildung der Schlafprobleme bewirkt. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte ab Klinikaustritt zu 50% arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit sei auch noch aus internistisch-rheumatologischer Sicht zu beurteilen. Dr. med. B.\_\_\_\_ empfahl am 19. April 2005 eine polydisziplinäre MEDAS-Abklärung.

C.

C.a Die MEDAS Zentralschweiz führte in ihrem Gutachten vom 21. Dezember 2005 aus, der Versicherte habe bei der internistischen Untersuchung in erster Linie über ein Geräusch in Kopf und Ohren geklagt, das ihn rund um die Uhr, ohne jedes freie Intervall störe und ihn jede Nacht zwei- bis dreimal wecke. Verschlimmert werde das Rauschen durch schlechte Nachrichten, Stress, Widerwärtigkeiten, Aufregung und Wut. Laute Musik und Menschenansammlungen seien unerträglich. Als zweitwichtigstes Problem habe der Versicherte den Bluthochdruck angegeben, da er grosse Angst vor einem Hirn- oder Herzschlag habe. Als dritt- und viertwichtigstes Problem habe er sein Übergewicht und die in die Beine ausstrahlenden Lumbalgien angegeben. Über den Diabetes mellitus habe der Versicherte nicht spontan geklagt.

C.b Der Rheumatologe führte in seinem Konsilium vom 15. September 2005 aus, im Vordergrund stünden für den Versicherten nicht die neurogenen Schmerzen, die Kraftminderung und die Sensibilitätsstörung in der linken Hand, sondern die lumbalen



rechtsbetonten Rückenschmerzen und ein intermittierend auftretendes Elektrisiergefühl in beiden Beinen mit unwillkürlichen Bewegungen und einer Sensibilitätsstörung im linken Bein. Die eingehende rheumatologische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine lumboradikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik oder auf eine Segmentinstabilität ergeben. Sowohl radiologisch als auch in den aktuellen CT L2 bis S1 seien nur diskrete degenerative Veränderungen, aber keine pathologischen Befunde, die eine Neurokompression erklären würden, erkennbar. Es bestehe eine durch die Adipositas bewirkte Überlastung insbesondere des hinteren Lendenwirbelsäulenpfilers mit konsekutiven schmerzhaften Weichteilreaktionen. Als Staplerfahrer (rein sitzend mit Vibrationen) sei der Versicherte zu 50% arbeitsfähig. Für jede andere körperlich leichte, vorzugsweise wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauerndes Arbeiten in vorgeneigter oder abgedrehter Haltung bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Vordringlich sei eine drastische Gewichtsreduktion.

C.c Der psychiatrische Sachverständige berichtete in seinem Konsilium vom 16. September 2005, der Versicherte fühle sich wegen "Blutdruckproblemen" (Rauschen im Kopf) und körperlicher Kraftlosigkeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aktiv exploriert worden seien: Abnahme von Freude, Interesse und Lust, vermindertes Selbstwertgefühl, verminderte psychische Belastbarkeit, sozialer Rückzug, Nervosität und Morgentief. Im psychopathologischen Untersuch habe der Versicherte einen leicht depressiven Eindruck gemacht. Eine leichte Merkfähigkeitsstörung bei erhaltener Konzentrationsfähigkeit sei explorierbar gewesen. Psychomotorisch sei der Versicherte leicht gehemmt gewesen. Bei den vorgetragenen Klagen sei der Versicherte vor allem auf die somatischen Symptome fixiert gewesen. Die psychischen Symptome hätten aktiv exploriert werden müssen. Nach dem Unfall habe der Versicherte etwa ein Jahr lang an einer depressiven Angststörung gelitten. Es sei ihm aber gelungen, sich in das Erwerbsleben zu integrieren. Von September 1994 bis Oktober 2002 habe der Versicherte als Staplerfahrer gearbeitet. In dieser Zeit fänden sich keine Anzeichen für ein psychisches Leiden. Seit dem Verlust des Arbeitsplatzes stehe der Versicherte unter einem erhöhten psychosozialen Disstress. Es liege eine ängstlich depressive Angststörung (ICD-10 F 43.22) im Rahmen einer biopsychosozialen Belastungssituation bei Arbeitsplatzverlust und bekanntem metabolischem Syndrom vor. Der Versicherte nehme diesen Disstress vor allem auf der somatischen Ebene wahr. Auf der psychischen Achse seien wenige Symptome beobachtbar, die eine schwere Einschränkung der



Arbeitsfähigkeit im Sinne einer bleibenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Die Restarbeitsfähigkeit betrage in einer der körperlichen Belastbarkeit angepassten Tätigkeit 80%. Aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur sei der Versicherte einer psychotherapeutischen Behandlung im ambulanten Setting nicht zugänglich. Im Vordergrund müssten agogische Massnahmen im Sinne einer raschen Wiederaufnahme einer Beschäftigung stehen. Dies habe auch der Aufenthalt in der Klinik Gais gezeigt. Das Beschäftigungsprogramm, der strukturierte Tagesablauf, die begleitenden Entspannungsmassnahmen und die regelmässigen therapeutischen Gespräche hätten nämlich zu einer deutlichen Aufhellung der Depression geführt.

C.d Das Gesamtgutachten kam in bezug auf die Diagnose zu folgendem Ergebnis: chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei lumbaler Hyperlordose bei morbidem Adipositas, Residualzustand mit Hypotrophie und Schwäche der linken Hand bei St. n. Sägeverletzung am linken Handgelenk, ängstlich depressive Anpassungsstörung bei biopsychosozialer Belastungssituation und verlängerter Trauerreaktion sowie (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) metabolisches Syndrom bei morbidem Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, arterieller Hypertonie und marginaler Dyslipidämie. Für die bisherige Arbeit als Staplerfahrer wurde die Arbeitsfähigkeit in einer Gesamtschau auf 50% geschätzt, für eine adaptierte Tätigkeit auf 80%. Die Gutachter schlugen eine möglichst rasche berufliche Wiedereingliederung vor. Sie gaben an, die Prognose sei günstig, wenn die Wiedereingliederung rasch erfolge. Bei weiterer Untätigkeit hingegen sei die Prognose ungünstig.

D.

D.a Der Eingliederungsberater der IV-Stelle hielt am 24. Februar 2006 fest, der Versicherte habe u.a. angegeben, seine Therapeutin habe einen stationären Klinikaufenthalt vorgeschlagen. Der Eingliederungsberater betrachtete die gesundheitliche Stabilität des Versicherten als nicht ausreichend für eine Eingliederungsmassnahme. Eine berufsaogische Massnahme könne aktuell ebenfalls nicht durchgeführt werden, weil sich der Versicherte eine solche Massnahme nicht zutraue, weil er nicht die nötige Motivation mitbringe und weil er darin auch keinen Sinn erkenne. Aus diesem Grund werde die Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten abgeschlossen. Dr. med. C.\_\_\_\_ von der psychiatrischen



## St.Galler Gerichte

Klinik St. Pirminsberg berichtete der IV-Stelle am 25. April 2006, der Versicherte sei seit dem 8. März 2006 zu 100% arbeitsunfähig. Er leide an einer schweren depressiven Episode, an einem metabolischen Syndrom mit Adipositas permagna, an einer Somatisierungsstörung, an einer arteriellen Hypertonie und an Diabetes mellitus Typ II. Aufgrund der guten Motivation und der Differenziertheit im Denken erscheine die vorliegende schwere depressive Episode als grundsätzlich therapeutisch gut beeinflussbar. Eindrücklich sei, wie es dem Versicherten trotz schwerer Depression unter stationären Bedingungen gelungen sei, sein Gewicht deutlich zu reduzieren. Der Versicherte sei sehr motiviert, eine Teilarbeitsfähigkeit zu erlangen. Vier Stunden täglich wären ihm zumutbar. Nach der Besserung des Zustandes ab etwa Juni 2006 sollte eine berufliche Abklärung erfolgen.

D.b Am 22. Juni 2006 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, der Versicherte sei zwar zugänglicher und etwas ruhiger geworden, zeige aber bei Belastung aufgrund der inneren Verfassung, der Beeinträchtigung durch Schmerzen und den Tinnitus rasch ein sehr ungeduldiges, aggressives und unkontrolliertes Verhalten, weshalb gegenwärtig keine zumutbare Arbeitsfähigkeit bestehe. In ihrem Austrittsbericht vom 22. Juni 2006 an die behandelnde Psychiaterin führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, die Hauptdiagnose laute: schwere depressive Episode und Somatisierungsstörung bei anhaltender psychosozialer Belastungssituation mit wiederkehrenden Verlusterlebnissen. Es sei gelungen, einen Zugang zum Versicherten zu finden, worauf er gut angesprochen habe. Es sei eine anhaltende Geschichte von wiederkehrenden Verlusten deutlich geworden, die der Versicherte als Kette von personifizierten Kränkungen wahrgenommen habe. Das habe zu unausgelebten aggressiven Gefühlen mit Externalisierung und dem Gefühl des Ausgeliefertseins geführt. Es sei nach Wegen gesucht worden, wie der Versicherte sein Leben wenigstens in einzelnen Bereichen wieder aktiver gestalten könnte. Beim Austritt aus der Klinik sei der Versicherte mittelgradig depressiver Grundstimmung gewesen, affektiv deutlich schwingungsfähiger, im Antrieb eingeschränkt mit wiederkehrenden aggressiven Impulsen und Nervosität. Mittelfristig sei eine Reintegration in den Arbeitsprozess wichtig. Zuerst müsse aber noch eine weitere psychische Verbesserung und Stabilisierung erreicht werden. Eine finanzielle Entlastung durch eine vorübergehende Berentung dürfte diesen Prozess unterstützen.

E.



Die zuständigen Ärzte des RAD Ostschweiz qualifizierten die geschilderten Beschwerden am 25. Juli 2006 als akute Krise und nicht als schweres depressives Zustandsbild. Sie betrachteten die Angaben von Dr. med. C.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten als widersprüchlich. Deshalb empfahlen sie eine RAD-Untersuchung zur Erhebung des aktuellen psychopathologischen Zustandes und zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Dr. med. D.\_\_\_\_ vom RAD Ostschweiz hielt in ihrem Untersuchungsbericht vom 29. November 2006 fest, der Versicherte sei vor drei Wochen wieder in die Klinik St. Pirminsberg eingetreten. Es sei noch zu keiner nennenswerten Verbesserung gekommen. Gemäss einer telephonischen Auskunft der Klinik St. Pirminsberg sei es in der Familie zu Spannungen, zu Aggressionsausbrüchen und vor allem zu einer grossen Angst vor Kontrollverlust gekommen. Der Aufenthalt diene der Krisenintervention zur Entlastung der Familie. Der Versicherte sei selbständig zur Untersuchung angereist. Er habe praktisch wortgleich dieselben Probleme geschildert wie anlässlich der MEDAS-Abklärung. Beeinträchtigt fühle er sich durch den Tinnitus in beiden Ohren, dann durch das Engegefühl und den Druck in der Herzgend schon bei geringer Belastung oder Aufregung, was massive Angst vor einem Herzinfarkt auslöse, und schliesslich durch das massive Übergewicht. Dr. med. D.\_\_\_\_ sah einen deutlichen zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang zwischen der Auslösesituation (Kränkung durch Verlust des Arbeitsplatzes, zeitgleicher Verlust der Eltern) und dem Beginn der Depression. Angst als zentrales Thema sei in der Form der Angst vor körperlichen Krankheiten (Herzinfarkt) und Angst vor Verlust der Liebe (Partnerkonflikt) vorhanden. Der Verlauf sei langfristig schwankend und tendiere zu Chronifizierung. Es lägen depressive und selbstunsicher-ängstliche Persönlichkeitszüge vor. Diesem Symptomenkomplex werde am ehesten die Diagnose der Angst und Depression gemischt (ICD-10 F 41.2) gerecht. Differentialdiagnostisch beschreibe die im Vorgutachten erhobene ängstlich depressive Anpassungsstörung denselben medizinischen Sachverhalt. Möglich sei auch eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom). Es liege ein psychiatrisch-psychotherapeutisch schwer behandelbares Zustandsbild vor. In der aktuellen Untersuchung seien die gezeigten Symptome sowohl von Seiten der Depression als auch von Seiten der Angst leichten Grades gewesen. Die aktuelle Krisensituation schein vor allem durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst worden zu sein. Der medizinische Sachverhalt habe sich seit der Abklärung durch die



MEDAS nicht wesentlich verändert. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Bei der Entlassung aus der Klinik St. Pirminsberg werde die Eingliederungsfähigkeit gegeben sein. Eine rasche Wiedereingliederung zur Stabilisierung des psychischen Zustandes stehe im Vordergrund.

F.

Mit einem Vorbescheid vom 30. Januar 2007 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie sein Leistungsbegehren abweisen werde, weil der Invaliditätsgrad nur 28% betrage. Der Versicherte war damit nicht einverstanden. Er reichte ein Attest von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2007 ein, laut dem er insbesondere an einer schweren depressiven Verstimmung litt. Dr. med. E.\_\_\_\_ betrachtete die psychiatrische Situation als so stark behindernd, dass der Versicherte nicht mehr in den normalen Arbeitsprozess integriert werden könne und lebenslanglich ärztlich behandelt werden müsse. Die depressive Verstimmung sei einerseits genetisch und andererseits exogen anamnestisch begründet. Diese Kombination sei therapeutisch schwer zugänglich. Das kompensatorisch pathologische Essverhalten mit Adipositas, metabolischem Syndrom und Diabetes mellitus sei ein unentrinnbarer Circulus vitiosus. Mit einer Verfügung vom 20. Februar 2007 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab.

G.

Der Versicherte erhob am 21. März 2007 Beschwerde gegen diese Verfügung. Er beantragte am 26. April 2007 die Zusprache von Rentenleistungen. Zur Begründung machte er geltend, seit dem Unfall im Jahr 1990 leide er an psychischen Problemen. Diese hätten sich verschlimmert. Er habe immer wieder für längere Zeit stationär behandelt werden müssen. Momentan besuche er dreimal wöchentlich eine Therapie im psychiatrischen Zentrum in Heerbrugg. Dabei würden verschiedene Möglichkeiten geprüft, um eine Integration in den Arbeitsprozess zu erreichen. Seine Beschwerden seien aber so gravierend, dass er nicht über längere Zeit eine konstante Leistung erbringen könne. Seine gesundheitliche Situation sei durch die MEDAS nicht richtig gewürdigt worden. Er werde ein zweites Gutachten anstreben und es dem Gericht einreichen. Da er von der Unterstützung durch das Sozialamt lebe, ersuche er um die



## St.Galler Gerichte

Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Letzteres wurde ihm am 5. Juni 2007 bewilligt.

H.

Die IV-Stelle beantragte am 4. Juni 2007 die Abweisung der Beschwerde. Sie betrachtete das Ergebnis der Abklärung durch die MEDAS als überzeugend, einerseits weil die Untersuchung polydisziplinär erfolgt sei, andererseits weil die Gutachter die geklagten Beschwerden jeweils kritisch prüften, während behandelnde Ärzte verpflichtet seien, die geschilderten Beschwerden zunächst bedingungslos ernst zu nehmen. Da der Sachverhalt genügend abgeklärt sei, müsse das vom Versicherten angekündigte Gutachten nicht abgewartet werden.

I.

Der Versicherte wandte am 12. Juni 2007 ein, der Einschätzung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ sei zuwenig Gewicht beigemessen worden. Dr. med. C.\_\_\_\_ habe von einer schweren depressiven Episode und von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% gesprochen. Dies sei durch den RAD Ostschweiz zuwenig gewürdigt worden. In den nächsten Wochen werde eine Begutachtung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ von der Klinik Teufen erfolgen.

J.

Die IV-Stelle verzichtete am 25. Juni 2007 auf eine Stellungnahme.

K.

Der Versicherte teilte am 15. August 2007 mit, Dr. med. F.\_\_\_\_ habe befunden, dass es momentan nicht sinnvoll sei, ein privates Gutachten zu erstellen. Dr. med. G.\_\_\_\_ von der Klinik Teufen hatte Dr. med. E.\_\_\_\_ am 29. Juni 2007 mitgeteilt, er habe dem Versicherten empfohlen, von der behandelnden Stelle ein ärztliches Zeugnis anzufordern und dem Gericht vorzulegen, worauf sich eine erneute Begutachtung begründen würde. Die psychiatrischen Dienste Süd hatten am 17. August 2007 ausgeführt, es liege nach wie vor eine schwere depressive Episode (F 32.2) vor. Dazu kämen ein metabolisches Syndrom mit Adipositas permagna, eine



Somatisierungsstörung, eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II und eine Dyslipidämie. All diese Diagnosen wirkten sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Im Rahmen der Ergotherapie falle eine sehr geringe Belastbarkeit auf. Es sei schon als Erfolg zu werten, dass der Versicherte zur Therapie komme. Die einzelnen Therapien gehörten zu den wenigen Dingen, zu denen der Versicherte die Wohnung verlasse. Zum jetzigen Zeitpunkt sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Inwieweit eine Teilarbeitsfähigkeit wiedererlangt werden könne, sei nicht absehbar. Eine erneute Überprüfung der Situation sei nicht vor Ablauf von sechs Monaten sinnvoll.

Erwägungen:

1.

1.1 Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Ausschlaggebendes Element des Einkommensvergleiches ist in aller Regel der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit. Die vorliegenden ärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen weichen stark voneinander ab. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung "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 sind und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen" (Bundesgerichtsurteil vom 13. März 2006, Erw. 2.4, I 676/05).

1.2 So absolut formuliert würde diese Rechtsprechung auf eine starre Beweisregel hinauslaufen, welche die freie Beweiswürdigung durch das Gericht in unzulässiger



Weise einschränken würde. Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen behandelnder Ärzte können durchaus auch dann berechtigte Zweifel an der Richtigkeit einer gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung wecken, wenn sie sich auf Gesichtspunkte stützen, die auch vom Gutachter gewürdigt worden sind. Auf eine Abwägung der Überzeugungskraft divergierender Arbeitsfähigkeitsschätzungen kann also nicht mit dem Argument verzichtet werden, nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sei der Arbeitsfähigkeitsschätzung eines Gutachters zum vornherein immer eine überragende Überzeugungskraft beizumessen, so dass die abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen behandelnder Ärzte gar nicht gewürdigt werden müssten. Auch wenn ein Gutachten alle von der Rechtsprechung vorgegebenen Anforderungen erfüllt (vgl. etwa BGE 122 V 160), reicht dies nicht aus, um die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung ohne weiteres als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten. Das Gutachten muss es vielmehr erlauben, die Fehlerhaftigkeit der abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen behandelnder Ärzte (oder allenfalls eines Privatgutachters) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Nur wenn dies gelingt, kann die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als richtig qualifiziert werden (vgl. das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2008 i.S. C., IV 2007/89). Vermag ein Gutachten dies nicht zu leisten und gelingt dies auch keiner der abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen, so ist der Sachverhalt nicht ausreichend erstellt. Es müssen weitere Abklärungen vorgenommen werden.

2.

2.1 Anlass für die Auseinandersetzung über den korrekten Arbeitsfähigkeitsgrad bietet nur die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit des Beschwerdeführers. In somatischer Hinsicht stimmen nicht nur die gestellten Diagnosen, sondern auch die daraus resultierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überein. Unter Berücksichtigung nur der somatischen Gesundheitsbeeinträchtigung sind alle Ärzte von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten, d.h. der Beeinträchtigung bestmöglich Rechnung tragenden Art von Erwerbstätigkeit ausgegangen. Demgegenüber ist die Beeinträchtigung des Beschwerdeführers in seiner psychischen Gesundheit nicht nur in bezug auf die Art und die Schwere der



Diagnose, sondern auch in bezug auf die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sehr verschieden eingeschätzt worden. Dr. med. A.\_\_\_\_ hat am 19. August 2004 eine reaktive Depression und eine Arbeitsunfähigkeit von 100% angegeben. Die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie hat diese Arbeitsfähigkeitsschätzung am 7. Oktober 2004 bestätigt. Sie ist von einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom ausgegangen. Auch Dr. med. E.\_\_\_\_ hat am 8. Februar 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit angegeben und zudem die Auffassung vertreten, es bestehe keine Aussicht darauf, dass der Beschwerdeführer je wieder arbeitsfähig sein werde. Er hat eine schwere depressive Verstimmung mit einer schwergradigen Somatisierungsstörung diagnostiziert. Die psychiatrischen Dienste Süd haben 17. August 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% angegeben. Sie haben eine schwere depressive Episode mit Somatisierungsstörung festgestellt.

2.2 Die den Beschwerdeführer ambulant behandelnden Ärzte sind also in ihrer Diagnosestellung und in ihren Arbeitsfähigkeitsschätzung alle sehr pessimistisch gewesen. Sie haben sich dabei immer auf eine schwerwiegende psychische Erkrankung des Beschwerdeführers berufen. Die Ärzte, die den Beschwerdeführer während seiner stationären Klinikaufenthalte psychiatrisch behandelt haben, sind deutlich weniger pessimistisch gewesen. Die Klinik Gais hat am 16. Februar 2005 eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert und sie hat die Arbeitsunfähigkeit mit 50% beziffert. Die Ärzte der psychiatrischen Klinik St. Pirminsberg haben zwar am 25. April 2006 eine schwere depressive Episode mit Somatisierungsstörung und eine Arbeitsunfähigkeit von 100% angenommen. Sie haben aber angenommen, dass dem Beschwerdeführer eigentlich eine Erwerbstätigkeit von vier Stunden täglich zumutbar sei, dass er dazu allerdings die schwere depressive Episode überwinden müsse, was ihm - nach dem Eindruck während des stationären Aufenthalts zu urteilen - innerhalb weniger Monate gelingen werde. Im Austrittsbericht vom 22. Juni 2006 ist dann allerdings in bezug auf die zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit erforderliche Zeit eine etwas weniger optimistische Prognose gestellt worden. Die Ärzte sind aber nach wie vor davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50% erreichen könne, zumal dies therapeutisch sogar wichtig wäre. Deshalb haben sie eine vorübergehende Berentung auf der Grundlage einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit postuliert. Diese Differenz zwischen den ambulant und den stationär behandelnden Ärzten in bezug auf die



Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit und auch in bezug auf die Schwere bzw. der Therapierbarkeit der Erkrankung dürfte darauf zurückzuführen sein, dass während der stationären Aufenthalte jeweils ein deutlicher Therapieerfolg erzielt worden ist, was Anlass zu Optimismus geboten hat, während die ambulant behandelnden Ärzte wohl nur den völligen Misserfolg ihrer Therapiebemühungen und die Enttäuschung der während der stationären Aufenthalte geweckten Hoffnungen haben konstatieren müssen.

2.3 Es ist nachvollziehbar, dass die ambulant behandelnden Ärzte unter diesen Umständen sowohl bei der Diagnose als auch bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit äusserst pessimistisch gewesen sind. Das deckt sich auch mit dem Hinweis des psychiatrischen Gutachters der MEDAS, die Persönlichkeitsstruktur bewirke, dass der Beschwerdeführer eine psychotherapeutischen Behandlung in einem ambulanten Setting nicht zugänglich sei und dass eine solche Behandlung sogar das Risiko in sich trage, das Krankheitsgefühl des Beschwerdeführers noch zu verstärken. Der psychiatrische Gutachter der MEDAS hat auch darauf hingewiesen, dass zur Stabilisierung des psychischen Zustandes agogische Massnahmen im Sinn einer Beschäftigung des Beschwerdeführers im Vordergrund stünden. Während der stationären Aufenthalte ist der Beschwerdeführer beschäftigt worden, was jeweils zu einer subjektiven, vom Beschwerdeführer empfundenen und auch eingestandenen Verminderung des Krankheitsgefühls geführt hat. Im Rahmen der ambulanten Behandlung hingegen ist der Beschwerdeführer nicht dazu gebracht worden, sich aktiv zu beschäftigen. Es ist bereits als Erfolg gewertet worden, dass er wenigstens für die einzelnen Therapien die Wohnung verlassen hat. Unter diesen Umständen ist den Einschätzungen der Ärzte, die den Beschwerdeführer während seiner Klinikaufenthalte behandelt haben, eine deutlich höhere Überzeugungskraft beizumessen als den Einschätzungen der den Beschwerdeführer ambulant betreuenden Ärzte.

2.4 Das bedeutet nicht, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzungen derjenigen Ärzte, die den Beschwerdeführer in einem stationären Setting behandelt haben, als überwiegend wahrscheinlich qualifiziert werden könnten. Alle behandelnden Ärzte sind bei ihrer Diagnosestellung und damit auch bei ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung der grossen Gefahr ausgesetzt, von der subjektiven Krankheitsüberzeugung, d.h. der besonders pessimistischen Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers beeinflusst zu werden.



Dies gilt auch für die Klinikärzte, selbst wenn diese grundsätzlich eher in der Lage sind, hinter die im Verlauf der stationären Behandlungen immer weniger konsequent demonstrierte völlige Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung zu sehen. Zu dieser Beeinflussung durch das Verhalten des Beschwerdeführers kommt, dass alle behandelnden Ärzte zum Beschwerdeführer in einem Behandlungsverhältnis gestanden haben oder immer noch stehen. Sie waren oder sind deshalb nicht unabhängig in ihrer Beurteilung, denn ihr Auftrag hat darin bestanden, den Beschwerdeführer erfolgreich zu behandeln. Dies kann sich so ausgewirkt haben, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzungen aus dem Blickwinkel der Schaffung guter Heilungsvoraussetzungen (Beseitigung der finanziellen Notlage bzw. der Sozialhilfebedürftigkeit) abgegeben worden sind und dass zudem - sicherlich unbewusst - versucht worden ist, dem Beschwerdeführer wenigstens dadurch zu helfen, dass ihm die ihm "zustehende" Invalidenrente ausgerichtet werde. Dies alles hat zur Folge, dass den Arbeitsfähigkeitsschätzungen behandelnder Ärzte generell eine geringere Überzeugungskraft beizumessen ist als derjenigen eines unabhängigen Gutachters, welcher der versicherten Person völlig unbefangen gegenübertritt. Erfüllt eine unabhängige, von der Verwaltung in Auftrag gegebene Expertise die einschlägigen Voraussetzungen, so kommt ihr vermutlich eine so hohe Überzeugungskraft zu, dass sie trotz einer abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzung eines behandelnden Arztes die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweist. Eine Ausnahme besteht nur für jene - seltenen - Fälle, in denen die abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung so objektiv und überzeugend ist, dass sie den Verdacht weckt, das Gutachten sei fehlerhaft oder unvollständig. Dies trifft auf den vorliegenden Fall nicht zu. Das Gutachten der MEDAS vom 21. Dezember 2005, das durch den RAD Ostschweiz am 29. November 2006 bestätigt worden ist, belegt deshalb einen Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers in einer adaptierten Erwerbstätigkeit von 80%. Davon ist bei der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens auszugehen.

3.

Der Beschwerdeführer ist letztmals im Jahr 2002 einer Erwerbstätigkeit nachgegangen. Er hat dabei ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht postuliert, die (fiktive) erwerbliche



Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ohne den Gesundheitsschaden gestützt auf einen Durchschnittslohn zu bestimmen. Da der Beschwerdeführer ohne den Gesundheitsschaden in allen Branchen und in der ganzen Schweiz als Hilfsarbeiter tätig sein könnte, ist auf den Durchschnitt gemäss der Lohnstrukturerhebung 2004 des Bundesamtes für Statistik, Resultate auf nationaler Ebene, Anhang Tabelle TA1, von Fr. 4588.- abzustellen. Allerdings beruht dieser Betrag auf einer Wochenarbeitszeit von 40 Std., obwohl der schweizerische Durchschnitt im Jahr 2004 41,6 Std. betragen hat. Praxisgemäss ist deshalb von einem entsprechend höheren Durchschnittseinkommen von Fr. 4771.50 bzw. Fr. 57'258.- auszugehen. Dieser Betrag entspricht nicht nur dem Valideneinkommen, sondern er bildet auch den Ausgangspunkt zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens. Der Beschwerdeführer könnte nämlich seine verbliebene Arbeitsfähigkeit trotz der Beschränkung auf adaptierte Tätigkeiten in praktisch allen Branchen und in der ganzen Schweiz verwerten. Bei einem der Restarbeitsfähigkeit entsprechenden Beschäftigungsgrad von 80% ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 45'806.-. Nun hätte der Beschwerdeführer aber gegenüber einem gesunden Konkurrenten für einen geeigneten Teilzeitarbeitsplatz einen beträchtlichen Wettbewerbsnachteil in Kauf zu nehmen, da er sowohl in seiner physischen als auch in seiner psychischen Gesundheit beeinträchtigt ist. Ein potentieller Arbeitgeber würde den gesunden Bewerber anstellen, denn dieser würde weniger Anforderungen an die Arbeitsplatzgestaltung stellen, er wäre flexibler, d.h. bei Bedarf vorübergehend auch an einem anderen, nicht adaptierten Arbeitsplatz einsetzbar, er würde keine besondere Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten und der Arbeitskollegen stellen, er könnte bei Bedarf seinen Beschäftigungsgrad vorübergehend erhöhen oder sogar Überstunden leisten und vor allem böte er ein deutlich geringeres Risiko von Krankheitsabsenzen als der Beschwerdeführer. Diesen Wettbewerbsnachteil könnte der Beschwerdeführer nur dadurch kompensieren, dass er seine Arbeitsleistung zu einem deutlich tieferen Lohn als sein gesunder Konkurrent anbieten würde, d.h. er wäre genötigt, seine Arbeitskraft auch auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu einem unterdurchschnittlichen "Preis" zu "verkaufen". Die Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik bietet keine Möglichkeit, das Ausmass der im Einzelfall notwendigen Reduktion des statistischen Durchschnittslohnes objektiv zu bemessen. Der in der Verwaltungspraxis fälschlicherweise so genannte "Leidensabzug" ist deshalb ermessensweise zu



bestimmen. Dem Gleichbehandlungsbedarf ist dadurch Rechnung zu tragen, dass eine Kategorienbildung (im Sinne etwa der Aufteilung in sehr leichte, leichte, mittelgradige, schwere und sehr schwere Nachteile) erfolgt. Die Obergrenze bildet gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 126 V 75 ff.) ein Abzug von 25%. Der Beschwerdeführer ist als Folge der Kumulation von somatischen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen erheblich benachteiligt. Dies rechtfertigt es, einen Abzug vorzunehmen, der einiges mehr als mittelgradig ist. Das Jahreseinkommen von 45'806.- ist deshalb um 20% zu reduzieren. Es resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 36'645.-. Die behinderungsbedingte Erwerbseinbusse beträgt somit Fr. 20'613.-, was einem Invaliditätsgrad von 36% entspricht. Da damit die Untergrenze von 40% gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG nicht erreicht ist, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint.

4.

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Der Aufwand im vorliegenden Verfahren rechtfertigt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-. Diese Gerichtsgebühr ist dem vollumfänglich unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Da ihm aber die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt worden ist, wird er von der Bezahlung der Gerichtsgebühr befreit. Sollten es seine wirtschaftlichen Verhältnisse später gestatten, wird er allerdings verpflichtet sein, die Gerichtsgebühr nachzuzahlen (Art. 288 Abs. 1 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr von Fr. 600.- befreit.