



Fall-Nr.: IV 2007/431
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 10.07.2020
Entscheiddatum: 30.03.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 30.03.2009

Art. 16 ATSG; Art. 28 Abs. 1 IVG; Anspruch auf eine Invalidenrente; Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten; schlüssiges Medas-Gutachten; Befas-Abklärungen konkret in Bezug auf Arbeitsfähigkeit nicht massgebend; Validen- und Invalideneinkommen beim früheren Pizzeria-Betreiber aufgrund LSE (Prozentvergleich); auch unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs resultiert ein IV-Grad im rentenausschliessenden Umfang (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. März 2009, IV 2007/431).

Versicherungsrichter Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Bruno Räbsamen

Entscheid vom 30. März 2009

in Sachen

S.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. oec. Raphael Kühne, Marktgasse 20, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a S.____, geboren 1955, meldete sich am 23. Februar 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Rente) an (IV-act. 1). Der gelernte Koch führte zuletzt von April 2003 bis Juni 2005 eine Pizzeria, nachdem er zuvor als angestellter Koch in verschiedenen Restaurants tätig gewesen und zwischendurch auch arbeitslos war. Seither ist er keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen (IV-act. 9-1/5, 19 und 56). Dr. med. A.____ führte in seinem Arztbericht vom 21. März 2005 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen ausgeprägten Trainingsmangel sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom auf (IV-act. 8). Seit dem 22. November 2004 sei er in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit 50 % arbeitsunfähig. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Beurteilung der Beschwerden und den objektiven Befunden. Allenfalls sei trotzdem eine arbeitsmedizinische Abklärung durchzuführen (IV-act. 8-4/4). Dr. med. B.____, der frühere Hausarzt des Versicherten, führte als Diagnosen chronisches Kopfweg, Schwindel und Müdigkeit, chronische Nacken- und Hinterkopfschmerzen, eine Lumbalgie sowie eine reaktive Depression auf (IV-act. 31-1/20). Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten noch während vier Stunden pro Tag zumutbar. Andere, nicht kopflastige Arbeiten ohne langes Stehen seien halbtags möglich (IV-act. 31-4/20). Dr. B.____ empfahl eine arbeitsmedizinische Abklärung.

A.b Schliesslich wurde der Versicherte vom 11. bis 13. September 2006 durch die MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär begutachtet. Im Gutachten vom 21. November 2006 wurden als Diagnosen – mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit – ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits (rechtsbetont), ein chronisches zervikothorakales Schmerzsyndrom, Coxarthrosen beidseits (rechtsbetont, klinisch manifest, radiologisch mässiggradig), eine leichte depressive Episode sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufgeführt (IV-act. 44-16/34). Sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betreiber einer Pizzeria als auch im Beruf als Koch werde die Arbeitsfähigkeit auf 50% geschätzt. Limitierend seien mehr die rheumatologischen als die psychopathologischen Befunde. Für eine körperlich leichte,



St.Galler Gerichte

vorwiegend wechselbelastende Arbeit mit einem Sitzanteil zwischen 50% und 70% bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Limitierend seien dabei nur die psychopathologischen Befunde.

A.c Vom 26. März bis 20. April 2007 hielt sich der Versicherte in der Abklärungsstelle Appisberg in Männedorf auf. Im Schlussbericht der BEFAS Appisberg vom 16. Mai 2007 wird u.a. ausgeführt, dass zur Zeit von einer realisierbaren Tagesleistung von 60% in einer geeigneten Tätigkeit ausgegangen werden könne. Beim Versicherten sei wenig Interesse erkennbar gewesen, eine berufliche Massnahme in Angriff zu nehmen. Es sei der Eindruck entstanden, dass er in erster Linie seinen Anspruch auf eine Rente geklärt haben möchte. Vorläufig seien Rehabilitationsmassnahmen nicht angezeigt. Eventuell sei der Versicherte im Anschluss an die Rentenklärung zu einer beruflichen Massnahme bereit (IV-act. 67-9/12).

A.d Mit Vorbescheid vom 18. Juli 2007 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 20% in Aussicht. Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 13. September 2007 insbesondere einwenden, dass bei der Invaliditätsbemessung nicht auf die MEDAS-Beurteilung, sondern auf das Ergebnis der BEFAS-Abklärung abzustellen sei, wonach eine realisierbare Tagesarbeitsleistung von 60% bei manuell-praktisch angepassten Tätigkeiten bei einem Tageszeitpensum von 80% angenommen werden könne (IV-act. 89). Am 4. Oktober 2007 verfügte die IV-Stelle im Sinne des Vorbescheids (IV-act. 92).

B.

B.a Dagegen richtet sich die Beschwerde vom 7. November 2007 mit dem Antrag, die Verfügung vom 4. Oktober 2007 sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers mindestens 46% betrage. Eventuell sei die Angelegenheit zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zudem sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren. Der Beschwerdeführer macht insbesondere geltend, die medizinische Abklärung bei der MEDAS sei mangelhaft gewesen. Es sei deshalb eine umfassende interdisziplinäre Untersuchung bei einer IV-unabhängigen Stelle durchzuführen. Auf keinen Fall könne einzig auf die MEDAS-Beurteilung abgestellt werden. Bis zu einer IV-unabhängigen und



umfassend interdisziplinären Abklärung sei als Grundlage für die Prüfung des Rentenanspruchs von der BEFAS-Beurteilung auszugehen, welche eine realisierbare Tagesarbeitsleistung von 60% angenommen habe. Im Übrigen wären entgegen der Ansicht der IV-Stelle sehr wohl Eingliederungsmassnahmen in Form von Unterstützung bei der Arbeitssuche notwendig, nützlich und für den Beschwerdeführer sehr hilfreich. Beim regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) habe er sich für die Stellensuche gemeldet und in den letzten Monaten bei über 100 Firmen erfolglos beworben. Eine Unterstützung durch die IV hätte in dieser Situation sehr viel früher einsetzen müssen. In den nächsten Tagen werde nun die Eingliederungsberaterin der IV mit dem Beschwerdeführer Verbindung aufnehmen. Es bleibe die Hoffnung, dass er die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben erreichen könne. Für die nicht mehr verwertbare Arbeitsfähigkeit sei jedoch eine entsprechende Rentenleistung der IV zuzusprechen.

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2007 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie macht insbesondere geltend, es sei die überzeugend begründete Arbeitsfähigkeitschätzung der MEDAS als massgebend anzusehen, wonach dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 80% zumutbar sei. Aufgrund der zuletzt im Auszug aus dem individuellen Konto der Ausgleichskasse verbuchten Einkommen lasse sich das ohne Behinderung mutmasslich erzielte Einkommen (Valideneinkommen) zu wenig genau bestimmen. Es erscheine deshalb gerechtfertigt, Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen. Dadurch erübrige sich die genaue Ermittlung der Vergleichseinkommen und der Invaliditätsgrad entspreche dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn. Da sich vorliegend ein höherer als ein 10%-iger Abzug nicht begründen lasse, betrage der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers bei einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten höchstens 28%. Die angefochtene Verfügung, mit welcher der Rentenanspruch bei einem IV-Grad von 20% abgewiesen worden sei, sei somit im Ergebnis korrekt (act. G 5).

B.c In der Replik vom 14. Februar 2008 hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen und den Ausführungen in der Beschwerde fest. Zudem führt er aus, dass der Beschwerdeführer auch beim Neurologen Dr. C.____ in Behandlung sei. Es sei ein entsprechender Arztbericht einzuholen und die aktuell zu beurteilenden Beschwerden



St.Galler Gerichte

seien im Rahmen einer umfassenden interdisziplinären Untersuchung in der Gesamtbeurteilung zu würdigen (act. G 10).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat am 20. Februar 2008 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet (act. G 12).

B.e Mit Eingaben vom 25. Februar und 28. Mai 2008 reicht der Beschwerdeführer Berichte der Schulthess Klinik vom 14. Februar bzw. 25. April 2008 an Dr. C.____ nach (act. G 14).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung vom 28. August 2007 eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind auf die angefochtene Verfügung die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

2.

Streitig und im vorliegenden Verfahren zu überprüfen ist die Invaliditätsbemessung des Beschwerdeführers. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist ein allfälliger Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen. Diesbezüglich bringt der Beschwerdeführer vor, dass Eingliederungsmassnahmen in Form von Unterstützung bei der Arbeitssuche notwendig und hilfreich wären. In den nächsten Tagen werde sich nun die Eingliederungsberaterin der IV mit dem Beschwerdeführer in Verbindung setzen (act. G 1, Ziff. 7 S. 5 f.). Da somit die Abklärungen im Hinblick auf allfällige Eingliederungsmassnahmen offenbar noch nicht abgeschlossen sind und diesbezüglich auch noch keine Verfügung ergangen ist, fehlt es diesbezüglich an einem Anfechtungsgegenstand. Die Beschwerdegegnerin wird darüber nach erfolgten



Abklärungen erst noch zu befinden haben, worauf sie in der angefochtenen Verfügung denn auch ausdrücklich verweist.

3.

3.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, 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 die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (bzw. Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültigen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er 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.

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die



geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a). Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 Erw. 2a in fine, BGE 122 V 161 Erw. 1c). Daraus folgt indessen nicht, dass eine solche Expertise den gleichen Rang besitzt wie ein vom Gericht oder von der IV-Stelle nach Massgabe des anwendbaren Verfahrensrechts eingeholtes Gutachten. Trotz dieser beschränkten Bedeutung verpflichtet es indessen, wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen eine solche Expertise, das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder von der IV-Stelle förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (AHI 2001 S. 112, 115).

In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3b.cc; SVR 2001 IV Nr. 8 Erw. 3b.cc).

3.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten



Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

3.4 Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht beispielsweise bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f., E. 3b/aa mit Hinweisen).

4.

Die Beschwerdegegnerin stellte in der Beurteilung des Leistungsanspruchs auf die Einschätzungen im MEDAS-Gutachten vom 21. November 2006 ab. Der Beschwerdeführer wendet sich gegen die Schlussfolgerungen im Gutachten in Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit. Es sei eine umfassende interdisziplinäre Untersuchung bei einer IV-unabhängigen Stelle vorzunehmen. Zumindest bis dahin sei auf die Beurteilung der BEFAS abzustellen und von einer realisierbaren Tagesarbeitsleistung von 60%



auszugehen. Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht der Einschätzung der MEDAS gefolgt ist.

4.1 Vom 11. bis 13. September 2006 wurde der Beschwerdeführer in der MEDAS Zentralschweiz untersucht und einer polydisziplinären medizinischen Begutachtung unterzogen. Der Rheumatologe diagnostizierte ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits rechtsbetont bei leichter Fehlhaltung mit leichter Skoliose sowie bei Chondrose L5/S1 mit medio-rechts-lateraler, nicht-neurokompressiver Diskushernie L5/S1. Weiter stellte er ein chronisches zerviko-thorakales Schmerzsyndrom bei fixierter, thorakaler Hyperkyphose und bei leicht- bis mässiggradig degenerativen Veränderungen von Th10 bis L1 fest. Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik hätten weder auf zervikalem noch auf lumbalem Niveau erhoben werden können. Es hätten sich auch keine Anhaltspunkte für eine Segmentinstabilität oder für eine Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis ergeben. Im Bereich des zerviko-thorakalen Übergangs sowie der Brustwirbelsäule habe der Versicherte Zeichen einer segmentalen Dysfunktion aufgewiesen mit entsprechenden transverso-costo-sternalen Reizzuständen. Die Befunde im Bereich des Achsenorgans würden eine Minderbelastbarkeit desselben auf hohe statische oder dynamische Krafteinwirkungen ausserhalb der Körperachse bewirken. Zusätzlich stellte der Rheumatologe eine klinisch deutlich manifeste, radiologisch mässiggradige Coxarthrose beidseits rechtsbetont mit erheblich und schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit insbesondere des rechten Hüftgelenks und begleitender myofaszialer Irritation fest (IV-act. 44-22ff./34). Bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter in einer Pizzeria sowie bezüglich des erlernten Berufs als Koch bestehe aus rheumatologischer Sicht aufgrund der Befunde eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich einer der körperlichen Behinderung angepassten Tätigkeit im Sinne einer ausschliesslich körperlich leichten, vorwiegend wechselbelastenden Arbeit mit einem Sitzanteil zwischen 50% und 70% bestehe jedoch aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 44-28/34). Zur Verbesserung der Haltungsinsuffizienz und insbesondere der muskulären Dysbalance wird eine intensive Physiotherapie empfohlen. Der Psychiater stellte eine leichte depressive Episode fest. Zudem müsse angesichts der chronischen Schmerzen differentialdiagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung erwogen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 20% für die



bisherige oder eine angepasste Tätigkeit auszugehen. Da die Schmerzen die Depression verstärken würden, sei eine körperlich schwer belastende Tätigkeit zu vermeiden (IV-act. 44-34/34).

Zusammenfassend wurde im MEDAS-Gutachten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betreiber einer Pizzeria als auch im ursprünglichen Beruf als Koch auf 50% geschätzt, wobei mehr die rheumatologischen als die psychologischen Befunde limitierend seien. Für eine körperlich leichte, vorwiegend wechselbelastende Arbeit mit einem Sitzanteil zwischen 50% und 70% bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Limitierend dabei seien nur die psychopathologischen Befunde (IV-act. 44-17/34).

4.2 Das MEDAS-Gutachten stützt seine Beurteilung auf die Vorakten, auf die eigene persönliche Befragung des Beschwerdeführers und die eigenen internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen vom 11. bis 13. September 2006. Das polydisziplinäre Gutachten erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemässen Kriterien der Beweistauglichkeit. Es ist für die strittigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Zudem sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtend und beinhalten begründete Schlussfolgerungen. Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb nicht auf dieses Gutachten abgestellt werden sollte.

4.3 Daran vermögen auch die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einwendungen nichts zu ändern. Wohl wird im Schlussbericht der BEFAS vom 16. Mai 2007 in Abweichung von der Feststellung im MEDAS-Gutachten in Bezug auf die praktische Umsetzung der Arbeitsfähigkeit von einer Tagesarbeitsleistung von 60% ausgegangen (IV-act. 67-9/12). Andererseits wird im Bericht verschiedentlich auf die schwierige Zusammenarbeit mit dem Versicherten in der Abklärungsphase hingewiesen. So wurde er als "recht bequem" erlebt und es sei wenig Arbeitsbereitschaft aufgefallen. Der Klient habe eine dermassen bequem wirkende Haltung am Arbeitsplatz eingenommen, dass gar keine echte Leistung möglich schien (IV-act. 67-4/12 unten). Auf entsprechende Hinweise habe er sehr unwirsch reagiert. Ein geplanter Einsatz in der Kantinenküche sei sistiert worden, nachdem er erklärt



habe, dort nur mit einem Pensum von 50% zu arbeiten, obwohl ihm vorgängig mitgeteilt worden sei, dass er dort ohne Leistungsdruck arbeiten könne. Die meisten Arbeitsproben habe er mit wenig Interesse und wenig Arbeitswillen ausgeführt. Bei den Fähigkeitstests seien Zweifel an einem echten Bemühen um gute Testresultate angebracht (IV-act. 67-6/12). Die Ergebnisse aller vier Arbeitsproben des Programms während der Basiswoche hätten als unbrauchbar bezeichnet werden müssen. Andererseits habe er Tätigkeiten, die als Auftrag für konkrete Firmen ausgeführt worden seien, mit kurzfristigen Leistungen zwischen 60% und 80% ausgeführt (IV-act. 67-7/12). Unter diesen Umständen und den Hinweisen auf eine mögliche Selbstlimitierung und aggravatorisches Verhalten ist der Aussagewert der Schlussfolgerungen im BEFAS-Bericht in Frage gestellt. Deshalb ist bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vorliegend auf die Beurteilung im MEDAS-Gutachten abzustellen. Im Übrigen trifft es nicht zu, dass sich die Beurteilung des RAD-Arztes, wonach die Empfehlungen im MEDAS-Gutachten als "wohl theoretisch plausibel", aber "schlichtweg nicht praktikabel" seien (IV-act. 49), auch auf die Umschreibung einer möglichen Restarbeitsfähigkeit bezieht, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (act. G 10 Ziff. 3). Vielmehr bezog sich diese Einschätzung des RAD-Arztes lediglich auf die Umsetzung der empfohlenen medizinischen Massnahmen im MEDAS-Gutachten (vgl. IV-act. 44-17/34) mit dem eventuell möglichen Ziel, die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80% auf 100% zu steigern. Die Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit von 80% in einer leidensangepassten Tätigkeit wird jedenfalls nicht in Frage gestellt.

Im Zusammenhang mit der Bestimmung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch psychische Faktoren ist auch darauf hinzuweisen, dass diesbezüglich auf die Beurteilung durch den Facharzt abzustellen ist, wie dies im MEDAS-Gutachten auch getan wurde. Zudem drängt es sich beim Vorliegen von somatischen und psychischen Beschwerden auf, die Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung zu bestimmen, wie dies vorliegend geschehen ist.

Der Beschwerdeführer reichte zwei Arztberichte von Dr. med. D.____ vom Wirbelsäulenzentrum der Schulthess Klinik ein. Diese beziehen sich auf Konsultationen des Beschwerdeführers vom 14. Februar und 24. April 2008 (act. G 14.1 und 16.2). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass für die richterliche Beurteilung



grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des
Verwaltungsverfahrens (hier: Verfügung vom 4. Oktober 2007) massgebend sind (BGE
116 V 248 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Januar 2005, I 172/04, E. 5.2 und
vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1). Die Arztberichte von Dr. D.____ sind somit für
das vorliegende Verfahren grundsätzlich unbeachtlich. Die Berichte enthalten im
Übrigen auch keine Angaben zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des
Beschwerdeführers. Es wird auf die durchgeführte therapeutische Infiltration – wie sie
bereits früher vorgenommen wurde (vgl. IV-act. 44-4/34) hingewiesen und festgehalten,
dass der Patient auch danach über die bekannten Schmerzen geklagt habe. Aufgrund
des Infiltrationsresultates und der langjährigen Beschwerdesymptomatik wurde eine
operative Intervention für nicht indiziert erachtet. Dem Beschwerdeführer wurde ein
Versuch mit Osteopathie empfohlen (act. G 16.2). Hinweise auf einen wesentlich
anderen Gesundheitszustand, als er bis anhin der Verfügung zugrunde lag, ergeben
sich aus diesen neuen Berichten nicht. Sollte sich der Gesundheitszustand des
Beschwerdeführers seit dem Erlass der Verfügung vom 4. Oktober 2007 relevant
verschlechtert haben, so steht es ihm frei, ein neues Leistungsbegehren zu stellen. Im
Übrigen muss ihm zugemutet werden, unter ärztlicher Anleitung alle geeigneten und
nach dem Gutachten noch nicht ausgeschöpften Schmerzbekämpfungsmassnahmen
zu ergreifen.

4.4 Zusammenfassend ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin und
aufgrund des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens vom 21. November 2006 von einer
Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Umfang von 80% in einer
leidensangepassten Tätigkeit, wie sie im Gutachten beschrieben wird (IV-act. 44-17/34,
Ziff. 5.2) auszugehen.

5.

5.1 Die Ermittlung der Erwerbsunfähigkeit und damit des Invaliditätsgrades erfolgt
durch den Vergleich des Einkommens, das der Versicherte erzielen würde, wenn der
versicherte Gesundheitsschaden nicht eingetreten wäre, mit jenem, das er als Invalid
erzielen könnte.



5.2 Die Festlegung des Valideneinkommens ist aufgrund des Umstandes, dass diesbezüglich keine verlässliche Einkommensbasis zur Verfügung steht, gestützt auf die schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) vorzunehmen, wie dies die Beschwerdegegnerin getan hat. Denn aufgrund des Auszugs aus dem individuellen Konto der AHV ergibt sich, dass der Beschwerdeführer in den Jahren vor Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden mehrheitlich kurze Arbeitseinsätze bei verschiedenen Arbeitgebern hatte, welche zudem immer wieder von Zeiten der Arbeitslosigkeit unterbrochen wurden (IV-act. 48-2/6). Zudem war das zuletzt in den Jahren 2003 bis 2005 als Betreiber einer Pizzeria ausgewiesene Einkommen als selbständig Erwerbender offensichtlich nicht existenzsichernd, sodass auch darauf nicht abgestellt werden kann. Für die Berechnung des hypothetischen Valideneinkommens ist daher nicht auf den zuletzt erzielten Verdienst, sondern auf die Löhne gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen.

5.3 Das in Ausübung einer im erwähnten Sinne zumutbaren Tätigkeit erzielbare Einkommen lässt sich praxisgemäss ebenfalls gestützt auf die der Lohnstrukturerhebung zu entnehmenden Tabellenlöhne ermitteln (BGE 126 V 76 f. E. 3b/aa). Das Invalideneinkommen ist daher wie das Valideneinkommen anhand der statistischen Werte zu ermitteln. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (sogenannter Prozentvergleich; SVR 1/2008 IV Nr. 2 S. 3 E. 5.4). Hinsichtlich der Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens bestehen vorliegend insbesondere auch im Hinblick auf die Höhe der im IK-Auszug ausgewiesenen Einkommen keine Anhaltspunkte, die ein Abstellen auf unterschiedliche Tabellenlöhne rechtfertigen. Der Invaliditätsgrad ist somit anhand eines Prozentvergleichs vorzunehmen.

5.4 Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25% gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen



behinderungsbedingten Abzug (BGE 126 V 78 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

Nachdem die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 10. Oktober 2007 noch keinen Abzug vom Invalideneinkommen vorgenommen hat, kommt sie in der Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2007 zum Schluss, dass sich vorliegend ein höher als ein 10%-iger Abzug nicht begründen lässt. Dieser nun von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte "Leidensabzug" von 10% ist im Rahmen des Ermessens nicht zu beanstanden. Im Übrigen würde selbst bei einem höheren Abzug von 15% kein IV-Grad im rentenrelevanten Ausmass resultieren.

5.5 Unter Berücksichtigung eines 10%igen Leidensabzuges und gestützt auf eine Arbeitsfähigkeit von 80% resultiert in Anwendung eines Einkommensvergleichs gemäss vorstehender E. 5.3 ein Invaliditätsgrad von 28% ($100\% - [80\% \times 0.9]$). Es besteht demnach kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

6.

6.1 Die angefochtene Verfügung vom 4. Oktober 2007 ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6.2 Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung am 21. Dezember 2007 bewilligt (act. G 7). Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).



6.3 Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

6.4 Der Staat ist zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dem unentgeltlichen Rechtsbeistand lediglich ein um 20% reduziertes Honorar zusteht (vgl. Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. Im vorliegenden Fall erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.-- (80% von Fr. 3'500.--; inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

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 Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat hat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.