



Fall-Nr.: IV 2008/67
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 06.07.2020
Entscheiddatum: 11.08.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 11.08.2009

Art. 21 Abs. 4 ATSG. Schadenminderungspflicht und Sanktion bei Verletzung der Schadenminderungspflicht. Diese Bestimmung bietet keine Grundlage für eine Sanktion bei Verletzung der Pflicht zur medizinischen Eingliederung, die darin besteht, dass dem Einkommensvergleich jene fiktive Arbeitsfähigkeit zugrunde gelegt wird, die mit der - de facto unterbliebenen - medizinischen Eingliederung hätte erreicht werden können (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. August 2009, IV 2008/67).

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

Entscheid vom 11. August 2009

in Sachen

M.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Pro Infirmis St. Gallen-Appenzell, Poststrasse 23, Postfach 1544,
9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

M.____ meldete sich am 7. Dezember 2004 zum Bezug von IV-Leistungen an. Er gab an, er sei gelernter Werkzeugmacher/Mechaniker und selbständig erwerbstätig. Die IV-Stelle forderte ihn auf, die Buchhaltungsabschlüsse einzureichen. Der Versicherte antwortete am 7. März 2005, er habe in den letzten Jahren keine Buchhaltung mehr geführt; mit dem Geschäft sei es "bachab" gegangen. Dr. med. A.____ berichtete der IV-Stelle am 29. Juni 2005, er habe den Versicherten im September 2003 untersucht. Der Versicherte sei stark übergewichtig und er leide an chronisch asthmoider Bronchitis. Nach seinen eigenen Angaben sei der Versicherte im Heizkörperbereich selbständig erwerbstätig, jedoch bei körperlich schweren Arbeiten ermüde er rasch. Dr. med. A.____ empfahl eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten durch einen neutralen medizinischen Experten. Diese Abklärung erfolgte am 13. Oktober 2005 durch den RAD Ostschweiz. Dr. med. B.____ berichtete am 18. Oktober 2005, der Versicherte leide an einer chronisch-obstruktiven Bronchitis, an Adipositas, an einem Verdacht auf eine schlafbezogene Atmungsstörung und an einem St. n. retroperitonealer Fibrose. Der Versicherte sei noch nie fachärztlich-pneumologisch behandelt worden. Indiziert sei eine breite antiobstruktive Therapie. Zudem sollte eine polysomnographische Abklärung in einem Schlaflabor erfolgen. Nach der Durchführung dieser Massnahmen sei eine erneute pneumologische Untersuchung vorzunehmen. Die IV-Stelle forderte den Versicherten am 10. November 2005 auf, diese Massnahmen durchführen zu lassen. Zur Begründung verwies sie auf die Mitwirkungspflicht des Versicherten.

B.

Der Pneumologe Dr. med. C.____ berichtete der IV-Stelle am 5. April 2006, es liege ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom vor. Ausserdem bestehe eine COPD mittelschweren Grades. Leichtere körperliche Arbeiten in schadstoffarmer Luftumgebung seien zu 50-70% zumutbar. Die bisherige Arbeit sei im Ausmass von



sechs bis acht Stunden täglich zumutbar, wobei allerdings eine Leistungsminderung um 30% bis höchstens 50% bestehe. Eine CPAP-Behandlung der schweren Schlafapnoe sollte eine signifikante Verbesserung bringen. In einem an Dr. med. A.____ gerichteten Schreiben vom 26. April 2006 hielt Dr. med. C.____ fest, es sei eine stationäre CPAP-Einschulung erfolgt. Die Diagnose einer schweren obstruktiven Schlafapnoe habe bestätigt werden können. Trotz relativ kleinem Leidensdruck und schlechter Motivation sei ein CPAP-Trial erfolgt. Dieser sei an einer absoluten Maskeninakzeptanz gescheitert. Der Versicherte habe angegeben, er ertrage weder die Bänder um das Gesicht noch die Maske und den Maschinenlärm. Auch habe er derzeit grosse Probleme, die es zuerst zu lösen gelte. Dr. med. C.____ erklärte weiter, es gebe keine Alternative zur CPAP-Behandlung. Dem Versicherten fehle jegliche Motivation, die Schlafapnoe effizient anzugehen. Ausserdem fehle ihm die Kraft zu einer Gewichtsabnahme. Sollte sich die Motivation bessern, könne ein erneuter CPAP-Trial erfolgen. Dr. med. B.____ vom RAD hielt dazu am 17. Mai 2006 fest, die forcierte antiobstruktive Behandlung der Bronchitis habe noch nicht stattgefunden. Dasselbe gelte für eine ambulante pneumologische Rehabilitation. Der Gesundheitszustand sei somit noch nicht stabil, aber besserungsfähig. Der behandelnde Arzt werde den Versicherten betreffend die fehlende Motivation "konfrontieren".

C.

Dr. med. A.____ teilte am 29. August 2006 mit, er sei für frühere Behandlungen noch nicht bezahlt worden. Er sei nicht bereit, zum Nulltarif zu arbeiten. Dr. med. B.____ schlug am 18. Oktober 2006 vor, dem Versicherten die verschiedenen therapeutischen Massnahmen zu erläutern und darauf hinzuweisen, dass sich die Leistungsfähigkeit dadurch deutlich steigern liesse. Vom Versicherten könne verlangt werden, dass er sich einer BIPAP-Beatmung unterziehe. Die IV-Stelle forderte den Versicherten am 15. November 2006 unter Bezugnahme auf ihr Schreiben vom 10. November 2005 auf, sich in die regelmässige Behandlung eines Lungenfacharztes zu begeben und sich nach dessen Massgabe medikamentös behandeln zu lassen und sich anderen Therapien wie z.B. einer BIPAP-Behandlung und einer ambulanten pneumologischen Rehabilitationsmassnahme zu unterziehen. Dr. med. C.____ teilte der IV-Stelle am 14. Dezember 2006 mit, man stehe vor der Tatsache einer schwersten therapierefraktären Erkrankung. Es sei offensichtlich, dass der Versicherte in seiner körperlichen und



St.Galler Gerichte

kognitiven Leistungsfunktion massiv eingeschränkt sei. Es bestehe offensichtlich eine bleibende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%. Dr. med. B.____ schlug am 15. Februar 2007 vor, Dr. med. C.____ eine Reihe von Fragen zu stellen. Dr. med. C.____ antwortete am 12. April 2007, er habe den Versicherten nur einmal gesehen, da die Krankenkasse die Behandlungskosten nicht übernehme. Es sei ihm nicht bekannt, ob die COPD behandelt werde. Am wichtigsten wäre eine Nikotinabstinenz, die aber kaum realisiert werden könne. Zu den übrigen Fragen könne er nicht Stellung nehmen, weil er den Versicherten nicht mehr habe behandeln können. Am 21. Mai 2007 forderte die IV-Stelle den Versicherten auf, sich bis spätestens 30. Juni 2007 einer regelmässigen Behandlung zu unterziehen und sich zudem im Kantonsspital rheumatologisch untersuchen zu lassen. Einen ersten Termin im Kantonsspital habe er nämlich unentschuldigt nicht wahrgenommen. Sollte er sich nicht bis zum 30. Juni 2007 bei einem Lungenfacharzt gemeldet, die regelmässige Behandlung in die Wege geleitet und einen Abklärungstermin beim Kantonsspital vereinbart haben, werde aufgrund der Akten entschieden. Die IV-Stelle machte den Versicherten am 20. Juni 2007 nochmals auf die bis 30. Juni 2007 laufende Frist aufmerksam.

D.

Von der Praxis des Dr. med. C.____ erfuhr die IV-Stelle am 20. Juli 2007 telefonisch, dass sich der Versicherte nicht für einen Untersuch angemeldet hatte. Das Kantonsspital St. Gallen teilte der IV-Stelle am 8. August 2007 mit, dass man den Versicherten zu einer Konsultation aufbieten werde. Dieses Aufgebot wurde am 14. August 2007 verschickt. Das Kantonsspital St. Gallen berichtete am 18. September 2007, der Versicherte leide an einem Morbus Ormond. Diese Krankheit allein begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Das infrarenale Bauchortenaneurysma (BAA) bedeute eine Kontraindikation für körperlich schwere Tätigkeiten. Man werde noch eine gefässchirurgische Abklärung vornehmen. Diese Abklärung ergab gemäss einem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 2. Oktober 2007, dass das BAA asymptomatisch war. Dr. med. B.____ vom RAD hielt am 5. November 2007 fest, nach wie vor seien nicht alle Therapiemöglichkeiten für die Atmungsstörung ausgeschöpft. Die geforderten medizinischen Massnahmen seien nicht ergriffen bzw. umgesetzt worden. Die hypothetische Arbeitsfähigkeit nach einer konsequenten Therapie dürfte für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Heben und Tragen von



Lasten über 15 kg und ohne Gefahr stumpfer Bauchtraumen bei 70% liegen. Ursache dieser Arbeitsunfähigkeit sei die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung. Mit einem Vorbescheid vom 28. November 2007 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie sein Rentenbegehren ablehnen werde, weil der Invaliditätsgrad nur 37% betrage. Der Versicherte liess am 9. Januar 2008 einwenden, er habe seine Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht erfüllt. Es stehe fest, dass er die Atemmaske nicht ertrage. Er könne sich zudem wegen des Leistungsstopps der Krankenkasse keine medizinische Behandlung leisten. Dr. med. B.____ vertrat am 15. Januar 2008 weiterhin die Auffassung, dass der Versicherte seiner Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sei. Mit einer Verfügung vom 17. Januar 2008 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab. Zur Begründung führte sie aus, sie habe den Versicherten am 15. November 2006 und am 21. Mai 2007 auf die Schadenminderungspflicht aufmerksam gemacht. Der entsprechenden Aufforderung sei der Versicherte nicht nachgekommen. Mit den aus medizinischer Sicht zumutbaren Massnahmen könnte die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auf 70% angehoben werden. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 25'738.- und einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 16'215.- resultiere ein Invaliditätsgrad von 37%. Da der Invaliditätsgrad also unter 40% liege, bestehe kein Rentenanspruch.

E.

Der Versicherte liess durch die Pro Infirmis am 4. Februar 2008 gegen diese Verfügung Beschwerde erheben und die Zusprache einer Invalidenrente beantragen. Die Pro Infirmis machte sinngemäss geltend, auf die Anträge in der Stellungnahme zum Vorbescheid sei nicht eingegangen worden, womit das rechtliche Gehör verweigert worden sei. Abzustellen sei auf den reellen Gesundheitszustand, denn die Schadenminderungspflicht sei erfüllt worden. Das Valideneinkommen hätte anhand von Tabellenlöhnen ermittelt werden müssen.

F.

Die IV-Stelle beantragte am 14. April 2008 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, sie habe den Versicherten vor zweieinhalb Jahren aufgefordert, sich medizinisch behandeln zu lassen. Trotz mehrerer Mahnungen sei er dieser



Aufforderung nicht nachgekommen. Massgebend sei der Gesundheitszustand "mit erfolgter Behandlung". Der Versicherte habe als Selbständigerwerbender durchschnittlich Fr. 24'683.- verdient. Nur dieses Einkommen sei versichert. Das Valideneinkommen von Fr. 25'738.- sei deshalb nicht zu beanstanden. Das Durchschnittseinkommen eines Hilfsarbeiters habe 2006 Fr. 59'197.- betragen. Selbst unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges könnte der Versicherte bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% auf jeden Fall ein Einkommen von Fr. 16'215.- erzielen.

Erwägungen:

1.

Die angefochtene Verfügung weist eine knappe, aber ausreichende Begründung auf. Die Beschwerdegegnerin hat damit klargelegt, von welchem Sachverhalt sie ausgeht und wie sie diesen Sachverhalt würdigt. Sie hat den Beschwerdeführer damit in die Lage versetzt, die Gründe für die Abweisung des Rentenbegehrens zu erkennen und sich damit in der Beschwerde auseinanderzusetzen. Damit hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf die Gewährung des rechtlichen Gehörs in der Form einer ausreichenden Verfügungsbegründung erfüllt.

2.

Bevor die angefochtene Verfügung auf ihre Rechtmässigkeit geprüft werden kann, muss die Frage beantwortet werden, ob es sich um eine Abweisungsverfügung, um eine Sanktionsanordnung nach Art. 21 Abs. 4 ATSG oder um eine Sanktionsanordnung nach Art. 43 Abs. 3 ATSG handelt. Auf das Verfügungsdispositiv, laut dem das Leistungsbegehren abgewiesen wird, kann dabei nicht ausschliesslich abgestellt werden, denn Verfügungen sind "nicht nach ihrem (zuweilen nicht sehr treffend verfassten) Wortlaut zu verstehen, sondern es ist nach ihrem tatsächlichen rechtlichen Gehalt zu fragen" (BGE 120 V 497 unten). Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung auf ihre beiden Schreiben vom 15. November 2006 und vom 21. Mai 2007 verwiesen. In beiden Schreiben hat sie die Erfüllung der Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung und die Erfüllung der Schadenminderungspflicht angeführt. In der angefochtenen Verfügung hat die



Beschwerdegegnerin dann aber nur noch auf die Schadenminderungspflicht Bezug genommen. Das lässt darauf schliessen, dass die Beschwerdegegnerin die Pflicht des Beschwerdeführers zur Mitwirkung bei der Sachverhaltsabklärung als erfüllt betrachtet hat. Diese Auffassung ist richtig, denn der Beschwerdeführer hat sich effektiv den notwendigen medizinischen Abklärungen (pneumologisch inklusive Schlaflabor und CPAP-Trial, rheumatologisch, gefässchirurgisch) unterzogen, so dass sein effektiver und aktueller Gesundheitszustand mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestanden hat. Bei der angefochtenen Verfügung handelt es sich also jedenfalls nicht um eine Sanktion zufolge einer Verletzung der Pflicht zur Mitwirkung bei der Sachverhaltsabklärung. Im Vorbescheid vom 28. November 2007 fehlt jeder Hinweis auf die Schadenminderungspflicht. Die Formulierung dieses Vorbescheids entspricht dem Standard der Beschwerdegegnerin, wenn sie ein Rentenbegehren abzuweisen plant. Erst in der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin geltend gemacht, der Beschwerdeführer sei seiner Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen. Damit hat die Beschwerdegegnerin auf die Ziffer 2 der Begründung in der Stellungnahme vom 9. Januar 2008 zum Vorbescheid reagiert. Sie ist also davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer nicht alles unternommen habe, was zu einer erfolgreichen Therapie notwendig wäre. Diese Ergänzung der Verfügungsbegründung deutet eher darauf hin, dass die Beschwerdegegnerin auf eine Verletzung der Schadenminderungspflicht reagiert hat. Dagegen spricht allerdings, dass die Beschwerdegegnerin die Rentenleistungen nicht vorübergehend gekürzt oder verweigert (Art. 21 Abs. 4 Satz 1 ATSG), sondern eine Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG vorgenommen hat, wobei sie allerdings nicht auf die effektiv bestehende, sondern auf eine hypothetische Arbeitsfähigkeit nach der fiktiven Durchführung der schadenmindernden medizinischen Massnahmen abgestellt hat. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zugesprochen hätte, wenn der Einkommensvergleich anhand der hypothetischen Arbeitsfähigkeit zufälligerweise nicht einen Invaliditätsgrad von 37%, sondern einen solchen von 40% ergeben hätte. Dies zwingt zur Schlussfolgerung, dass keine Sanktion nach Art. 21 Abs. 4 ATSG, sondern eine Abweisung des Rentenbegehrens verfügt worden ist, denn 21 Abs. 4 ATSG kennt nur die Sanktion der Leistungsverweigerung, die mit der nachträglichen Erfüllung der Schadenminderungspflicht wieder entfällt (was bei der Abweisung nicht der Fall ist).



3.

3.1 Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das der Beschwerdeführer nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Ausschlaggebendes Element der Bemessung des Invalideneinkommens bildet in aller Regel die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Dr. med. B.____ hat am 5. November 2007 angegeben, es sei nicht ganz einfach, die Frage zu beantworten, welche Arbeitsfähigkeit bei einer Umsetzung der vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen resultieren würde. Trotzdem hat er diese Frage beantwortet. Er hat angegeben, die Arbeitsfähigkeit würde in einer adaptierten Erwerbstätigkeit 70% betragen. Dabei hat er unterstellt, dass das Schlafapnoesyndrom erfolgreich behandelt werden könnte, so dass es keine Arbeitsunfähigkeit mehr bewirken würde, und dass die verbleibende Arbeitsunfähigkeit nur noch auf die – soweit wie möglich erfolgreich behandelte – chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung zurückzuführen wäre. Die Beschwerdegegnerin hat zur Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens und damit der rentenspezifischen Invalidität auf diese hypothetische Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. B.____ abgestellt. Nun kann aber eine anhand eines fiktiven Sachverhalts ermittelte hypothetische Arbeitsfähigkeit zum vornherein nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Es fehlt zudem eine Gesetzesbestimmung, die es erlauben würde, in Abweichung vom Grundsatz, dass der massgebende Sachverhalt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein müsse, auf eine hypothetische Sachverhaltsentwicklung abzustellen, im vorliegenden Fall also von der realen Erfüllung der Schadenminderungspflicht in der Form der medizinischen Eingliederung abzusehen und diese durch die Fiktion der erfolgreichen medizinischen Eingliederung zu ersetzen. Ein Analogieschluss aus der Anordnung in Art. 16 ATSG, dass die verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht konkret verwertet werden müsse, damit der Einkommensvergleich erfolgen könnte, ist nicht zulässig, denn diese Fiktion beruht auf dem Konzept des allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarktes. Diese von Art. 16



ATSG ausdrücklich angeordnete besondere Fiktion kann nicht so verstanden werden, dass bei der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens auch bei allen anderen Elementen, insbesondere also bei der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, mit Fiktionen gearbeitet werden könnte. Der von der Beschwerdegegnerin angestellte Einkommensvergleich erweist sich somit als rechtswidrig, da er auf einem in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unzureichend abgeklärten Sachverhalt beruht. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben.

3.2 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann die angefochtene Verfügung nicht durch die gerichtliche Zusprache einer Invalidenrente ersetzt werden, denn die aktuell bestehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht diejenige nach der Erfüllung der Schadenminderungspflicht in der Form der medizinischen Eingliederung. Dr. med. B.____ ist am 5. November 2007 davon ausgegangen, dass das Scheitern der CPAP-Behandlung auf die fehlende Motivation und Compliance und nicht auf eine dem Beschwerdeführer objektiv unmögliche Verwendung der entsprechenden Apparatur zurückzuführen sei. Dr. med. C.____ hat zwar am 14. Dezember 2006 gegenüber der Beschwerdegegnerin von einer therapierefraktären schweren Schlafapnoe zufolge vollkommener Maskeninakzeptanz gesprochen, aber in seinem Bericht vom 26. April 2006 an Dr. med. A.____ hatte er noch ausgeführt, es fehle dem Beschwerdeführer jegliche Motivation, die Schlafapnoe suffizient anzugehen; der Beschwerdeführer habe geltend gemacht, er habe wichtigere Probleme, die es zuerst zu lösen gelte. Dr. med. C.____ hat sogar ein erneutes CPAP-Trial vorgeschlagen, falls sich die Motivation des Beschwerdeführers doch noch bessern sollte. Von einer objektiven Behandlungsunfähigkeit in bezug auf die Schlafapnoe kann angesichts dieser Angaben nicht gesprochen werden. Im Gegenteil wäre es dem Beschwerdeführer möglich und zumutbar, sich behandeln zu lassen. Die Erfolgsaussichten wären gut. Auch in bezug auf die COPD muss von einer Besserungsmöglichkeit ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer hat bisher aber keinen Versuch unternommen, das Rauchen aufzugeben. Zudem ist jede medizinische Behandlung unterblieben. Dies wird vom Beschwerdeführer auch eingeräumt. Er begründet sein Verhalten mit der Leistungsverweigerung der Krankenkasse wegen Prämienausständen. Das – behauptete – Fehlen finanzieller Mittel zur Bezahlung der ausstehenden Krankenkassenprämien ist aber entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kein unüberwindbares Hindernis, denn die Sozialhilfe würde die entsprechenden Kosten



tragen, wenn der Beschwerdeführer ernsthaft gewillt wäre, sich einer Therapie zu unterziehen, um so wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen (und den Sozialhilfebedarf reduzieren oder überwinden) zu können. Dass die Sozialhilfe sich bisher nicht bereit erklärt hat, die ausstehenden Krankenkassenprämien zu bezahlen, ist ein weiteres Indiz dafür, dass der Beschwerdeführer nicht motiviert ist, sich den notwendigen medizinischen Therapien zu unterziehen. Die von Dr. med. B.____ angegebene medizinische Eingliederungsmöglichkeit besteht also tatsächlich, so dass der aktuelle Arbeitsunfähigkeitsgrad nicht geeignet ist, der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens bzw. dem Einkommensvergleich gemäss Art. 16 ATSG zugrunde gelegt zu werden. Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird entweder den Beschwerdeführer dazu veranlassen können, seiner Schadenminderungspflicht nachzukommen und sich allen erforderlichen und zumutbaren medizinischen Behandlungen, insbesondere einer CPAP-Behandlung zu unterziehen, oder sie wird Art. 21 Abs. 4 ATSG korrekt anwenden und dem Beschwerdeführer nach der Durchführung eines korrekten, das geforderte Verhalten im Detail und präzise vorgebenden Mahn- und Bedenkzeitverfahrens die Ausrichtung einer Invalidenrente verweigern.

4.

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die angefochtene Verfügung vom 17. Januar 2008 aufzuheben und die Sache ist zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang ist in bezug auf die Kosten des Gerichtsverfahrens praxisgemäss von einem vollumfänglichen Unterliegen der Beschwerdegegnerin auszugehen. Die Beschwerdegegnerin trägt deshalb die gesamten Gerichtskosten. Diese belaufen sich entsprechend dem unterdurchschnittlichen Aufwand auf Fr. 400.- (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:



St.Galler Gerichte

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 17. Januar 2008 aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 400.-.