



Fall-Nr.: IV 2009/240
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.06.2020
Entscheiddatum: 02.05.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 02.05.2011

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG: Prüfung des Rentenanspruchs. Rückweisung zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Mai 2011, IV 2009/240).

Entscheid Versicherungsgericht, 02.05.2011

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichter Joachim Huber und
Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 2. Mai 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch B.____,

und dieser durch Edwin Bigger, Rechtsagent, Sonnenbühlstrasse 3, 9200 Gossau,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.____ meldete sich im Januar 2007 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Dr. med. C.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, bestätigte im Bericht vom 5. März 2007 die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eines dementiellen Syndroms seit mindestens drei Jahren, einer hypertensiven und koronaren Herzkrankheit und eines Diabetes mellitus mit Polyneuropathie und Mikroalbuminurie. Seit Januar 2004 sei der Versicherte als Chauffeur voll arbeitsunfähig (IV-act. 11-1/17ff). Nach Durchführung von weiteren Abklärungen, insbesondere einer Medas-Begutachtung (IV-act. 24), stellte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Beistand des Versicherten die Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht. Dem Valideneinkommen von Fr. 49'856.-- stellte sie nach Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 44'870.-- gegenüber, woraus sich ein dem Leidensabzug entsprechender Invaliditätsgrad ergab (IV-act. 36). Nach Eingang der Stellungnahmen des Beistands vom 18. Februar und 11. April 2008 (IV-act. 37, 40, 41) und weiteren Abklärungen verfügte die IV-Stelle am 10. Juni 2009 im Sinn des Vorbescheids. Zur Begründung hielt sie unter anderem fest, eine mögliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt sei erneut geprüft worden. Nach den Unterlagen des IV-Eingliederungsberaters sei jedoch diesbezüglich keine weitere Hilfe durch die IV gewünscht worden. Die Eingliederungsbemühungen seien deshalb abgeschlossen worden (IV-act. 52).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob Rechtsagent Edwin Bigger, Gossau, für den Versicherten bzw. in Vertretung des Beistands am 6. Juli 2009 (mit Ergänzung vom 17. August 2009) Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei für die Zeit nach Ablauf der Wartezeit bis Dezember 2007 eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Im Übrigen sei die Sache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und dem



Beschwerdeführer nach Ablauf der Wartezeit eine ganze unbefristete IV-Rente zuzusprechen. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung zu bewilligen. Zur Begründung legte der Rechtsvertreter unter anderem dar, Ende 2005 hätten sich beim Beschwerdeführer eine zunehmende soziale Überforderung, eine ausgeprägte Vergesslichkeit und Depressionen gezeigt. Es habe deshalb eine Beistandsschaft angeordnet werden müssen. Der Beistand habe feststellen müssen, dass der Beschwerdeführer mit seiner Lebensführung sowie der Regelung seiner Angelegenheiten völlig überfordert und kaum noch zu sozialen Kontakten fähig sei. Er habe völlig isoliert gelebt und sei mit der Strukturierung des Tagesablaufs und dem selbständigen Wohnen und der unabdingbaren Medikamenteneinnahme überfordert gewesen. Die Medikamenteneinnahme sei daher täglich bei den Sozialen Diensten erfolgt. Weil sich die Situation zunehmend verschlechtert und sich eine ambulante Beratung und Betreuung als unzureichend erwiesen habe, sei ein geeigneter Heimplatz gesucht und im Männerheim D.____ gefunden worden. Dort werde der Beschwerdeführer in der Korberei arbeitstherapeutisch beschäftigt. Er sei offensichtlich aus medizinischen Gründen auf eine betreute Wohnform angewiesen. Die Beschwerdegegnerin habe es bislang unterlassen, das tatsächliche Arbeits-Leistungsvermögen des Beschwerdeführers abzuklären. So habe sie bis dato keinen Bericht der Korberei des Männerheims D.____ eingeholt und auch keine anderweitige arbeitspraktische Abklärung des objektiven Arbeits-Leistungsvermögens durchgeführt. Auch liege kein Bericht der Stiftung Business House über die Arbeitsleistungen des Beschwerdeführers während des Beschäftigungsprogramms vor. Immerhin habe es sich gezeigt, dass der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr länger als Chauffeur beschäftigt werden könne. Der Beginn der diesbezüglichen Arbeitsunfähigkeit sei zumindest ab Frühling/Sommer 2005 anzunehmen. Einig seien sich die medizinischen Gutachter sodann, dass auch für angepasste Tätigkeiten bis Dezember 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % gegeben gewesen sei. Demzufolge stehe ihm nach Ablauf der Wartefrist bis zu diesem Zeitpunkt eine volle (ganze) IV-Rente zu. Der Beschwerdeführer müsse im Männerheim D.____ rund um die Uhr betreut werden, damit er nicht gleich wieder in einen depressiven Zustand verfalle. Er müsse dauernd zu Medikamenteneinnahme und sozialen und häuslichen Verrichtungen angehalten werden. Er brauche ständig Anleitung, Unterstützung und Führung. Seine



Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit seien stark herabgesetzt. Arbeitsdruck vermöge er nicht auszuhalten. Seine Arbeitsleistung entspreche bei Weitem nicht dem, was gleichaltrige geistig Gesunde im Durchschnitt zu erbringen vermöchten. Dies vermöge der Beschwerdeführer allerdings nicht selbst zu erkennen. Er überschätze sich und seine Arbeitsleistung massiv. Der Hausarzt Dr. C.____ habe bei seiner Diagnosestellung klinische Befunde und den klinischen Verlauf berücksichtigt, indem er fremdanamnestic Angaben des Männerheims D.____ einbezogen habe. Würden der klinische Verlauf und die Tatsache berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer schon mehr als ein Jahr nicht unter Depressionen leide, komme man unweigerlich zum Schluss, dass der Diagnosestellung von Hausarzt und Neurologie des Kantonsspitals der Beweiswert der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zukomme. Wenn die Diagnose der Medas zutreffend wäre, müsste der Beschwerdeführer aktuell in der Lage sein, die einfachen und leichten, sich wiederholenden Arbeiten in der Korberei selbständig zu erfüllen. Zudem müsste er aufgrund seines guten Arbeits- und Leistungswillens imstande sein, an seinem geschützten Arbeitsplatz ein volles Arbeitspensum zu erfüllen. Aufgrund des seitherigen klinischen Verlaufs und des unveränderten Erscheinungsbilds des geistigen Abbaus sei davon auszugehen, dass schon im Zeitpunkt der Medas-Begutachtung ein dementielles Syndrom vorhanden gewesen sei und dies umso mehr im heutigen Zeitpunkt zutrefte. Die Beschwerdegegnerin bzw. der beauftragte Eingliederungsberater hätten es trotz entsprechender Aufforderung durch den Beistand versäumt, sich beim Männerheim D.____ über Arbeitsleistungen und Einschränkungen des Beschwerdeführers zu erkundigen. Selbst wenn der Beschwerdeführer in einer leichten angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig wäre, was bestritten und durch die hausärztliche Beurteilung unter Berücksichtigung der Angaben der Korberei im Männerheim widerlegt werde, sei der von der Beschwerdegegnerin angenommene Invaliditätsgrad von 10 % zu gering.

B.b In der Beschwerdeantwort vom 22. September 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung hielt sie im Wesentlichen fest, so hilflos, wie ihn Beistand und Rechtsvertreter darstellen wollten, sei der Beschwerdeführer offenbar gar nicht. So sei er bei der Medas Bern im Dezember 2007 pünktlich und ohne Begleitung erschienen (IV-act. 24-16/36). Der Hausarzt habe sich von Anfang an wie der Anwalt des Beschwerdeführers verhalten und eine Vollberentung gefordert. Auf seine Aussagen über die Arbeitsfähigkeit könne



St.Galler Gerichte

somit nicht abgestellt werden. Das Medas-Gutachten sei umfassend. Es sei nicht einzusehen, warum darauf nicht abgestellt werden könne. Selbst unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 25 % bestehe kein Rentenanspruch.

B.c Am 25. September wurde die unentgeltliche Prozessführung für das Verfahren vor dem Versicherungsgericht bewilligt.

B.d Mit Replik vom 24. Oktober 2009 (act. G 8) hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinem Standpunkt fest und legte unter anderem dar, angesichts der erheblichen Einschränkungen des Beschwerdeführers im lebenspraktischen Bereich genüge eine bloss e Eingliederungsberatung nicht. Allein damit werde keine berufliche Eingliederung gelingen. Dies habe der Beistand seinerzeit zum Ausdruck bringen wollen. Gegen adäquate und zielführende Eingliederungsmassnahmen hätten weder der Beschwerdeführer noch der Beistand etwas einzuwenden. Der Beschwerdeführer sei zwar in der Lage gewesen, sich ohne Begleitung bei der Medas in Bern einzufinden. Immerhin habe aber sichergestellt werden müssen, dass er diesen Termin wahrnehme und er sich zur rechten Zeit auf den Weg mache. Die Vorsprache bei der Medas ohne Begleitung ändere nichts daran, dass der Beschwerdeführer vielfältiger Hilfe und Unterstützung bedürfe.

B.e In der Duplik vom 5. November 2009 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag und ihre Ausführungen (act. G 10).

Erwägungen:

1.

Streitig ist, ob beim Beschwerdeführer ein gesundheitliches Leiden besteht, das ihn in seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit langdauernd beeinträchtigt, so dass ein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (Art. 6 bis 8 und 16 ATSG in Verbindung mit Art. 4 und 28 IVG in der ab 1. Januar 2008 gültigen Fassung). Als Gesunder wäre er nach Lage der Akten vollzeitlich erwerbstätig, weshalb sich die Invalidität durch Einkommensvergleich bemisst (Art. 16 ATSG). Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung



der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.

2.1 Der Beschwerdeführer war (ohne berufliche Ausbildung) bis 2002 als Chauffeur (Kat. B) bzw. Maschinist tätig; die letzte Festanstellung verlor er aus wirtschaftlichen Gründen. In den Jahren 2003 und 2004 bezog er Arbeitslosenentschädigung. Von Dezember 2004 bis November 2005 arbeitete er als Chauffeur in einem befristeten Beschäftigungsprogramm des H. ___ (IV-act. 6, 8, 24-21/36, 24-29/36, 30). Seit Juni 2007 lebte er im Männerheim D. ___ und steht seit September 2007 unter Beistandschaft (IV-act. 14, 17, 29). - Der Kardiologe Dr. med. E. ___ hatte am 22. November 2006 berichtet, aufgrund der Befunde und der kardialen Beschwerdefreiheit sei der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht arbeits- und vermittlungsfähig und fahrtauglich für die üblichen Führerscheinkategorien, nicht aber in einer erhöhten Verantwortung (Lastwagen). Er werde dies gegenüber dem Strassenverkehrsamt so formulieren und die bisherigen Auflagen bestätigen (IV-act. 11-16/17). Eine psychologisch-neuropsychologische Untersuchung im Kantonsspital St. Gallen, Neurologie, ergab gemäss Berichten vom 14. Dezember 2006 und 18. Januar 2007 das Vorliegen leichter bis mittelschwerer kognitiver Störungen sowie die Erforderlichkeit weiterer Abklärungen. Die beschriebene Verwahrlosung und der soziale Rückzug seien aus neuropsychologischer Sicht nicht allein durch die kognitiven Störungen erklärbar. Es sei anzunehmen, dass eine depressive oder sonstige psychische Komponente mitbeteiligt sei, was noch genauer zu explorieren sei. Ein Teil der beschriebenen Defizite sei möglicherweise vorbestehend. Der Beschwerdeführer bestätige, dass bereits im Kindesalter eine Legasthenie und eine Dyskalkulie bestanden hätten (IV-act. 11-9/17, 11-13/17). In weiteren Berichten des Kantonsspitals vom 6. Februar, 1. März und 13. März 2007 wurde unter anderem festgehalten, in der



Zusammenschau der Befunde sei am ehesten von einer beginnenden vaskulären Demenz (Diagnose: dementielles Syndrom) auszugehen. Nach seiner Selbsteinschätzung sei der Beschwerdeführer "nicht depressiv". Zur Arbeitsfähigkeit nahmen die Ärzte des Kantonsspitals keine Stellung (IV-act. 11-7/17, 12-1/9ff, 12-6/9ff). Im Bericht vom 5. März 2007 bescheinigte Dr. C.____ aufgrund der medizinischen Störung mit dem dementiellen Syndrom eine volle Arbeitsunfähigkeit seit ca. Januar 2004. Unter Anleitung könnte der Beschwerdeführer leichte Arbeiten zu 10-15 % begleitet und geführt ausführen (IV-act. 11-1/17ff).

2.2 Eine interdisziplinäre Medas-Begutachtung (neurologisch/neuro-psychologisch/psy-chiatriisch) ergab gemäss Bericht vom 21. Dezember 2007 die Diagnosen einer diabetischen Polyneuropathie, einer weitgehend remittierten mittelschweren bis schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom und "Pseudodemenz", jetzt neurologisch nicht mehr objektivierbar, einer hypertensiven und koronaren Herzkrankheit und eines Diabetes mellitus Typ II. Die Gutachter kamen unter anderem zum Schluss, dass die Ergebnisse der neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen klar gegen eine dementielle Entwicklung sprechen würden. Derzeit liessen sich keine wesentlichen und leistungsrelevanten kognitiven Defizite feststellen. Aus neurologischer Sicht habe sich einzig eine Polyneuropathie feststellen lassen, die höchstwahrscheinlich eine Folge des Diabetes mellitus Typ II darstelle und gewisse qualitative Auswirkungen auf das berufliche Leistungsvermögen habe. Für die Frage, ob eine Demenz vorliege oder nicht, seien letztlich immer die klinischen Befunde und der klinische Verlauf entscheidend, und nicht die Ergebnisse der apparativ-technischen Hilfsmittel wie z.B. der Bildgebung. Deshalb lasse ein pathologischer Befund (Glioseherde), wie er sich beim Beschwerdeführer in der bildgebenden Untersuchung des Gehirns (MRT) präsentiert habe, nicht ohne weiteres auf eine krankheitswertige zerebrale Störung schliessen; selbst dann nicht, wenn der Befund als "deutlich über das Altersmass hinaus gehend" beschrieben werde. Natürlich könne eine Progredienz solcher vaskulär bedingter zerebraler Läsionen im Verlauf der nächsten Jahre nicht ausgeschlossen werden. Prognostisch könne aber kaum vorausgesagt werden, ob in Zukunft mit der Entwicklung einer klinisch relevanten Enzephalopathie zu rechnen sei. Es sei anzunehmen, dass einerseits die antidepressive Therapie, andererseits die Stabilisierung der Lebenssituation (betreutes Wohnen) zur Remission der Depression beigetragen habe. Zurückgeblieben sei eine auffällige



Unselbständigkeit in persönlichen und häuslichen Angelegenheiten, was sicher nicht nur mit der durchgemachten affektiven Störung, sondern wesentlich auch mit einer schon prämorbidem "Unreife" in diesem Bereich assoziiert sein dürfte. Der Beschwerdeführer habe - wie er auch selbst bemerkt habe - nie gelernt, "für sich selber" zu sorgen, nachdem er bis zum 32. Altersjahr von der Mutter und danach von der Ehefrau versorgt worden sei. Diese "Unreife" erstreckte sich jedoch nicht auf seine beruflichen Tätigkeiten und beeinträchtigte die Leistungsfähigkeit als Chauffeur nicht. Aus medizinischer Sicht sei eine betreute Wohnform weiterhin angezeigt. Die vom Hausarzt im Bericht vom 5. März 2007 vorgenommene Leistungseinschätzung sei aus heutiger Sicht nicht mehr nachvollziehbar, habe sich doch der Gesundheitszustand inzwischen entscheidend verbessert (Remission des depressiven Zustands und der damit einhergehenden kognitiven Funktionsstörungen). Im Weiteren könne auf die Ergebnisse der kardiologischen Kontrolluntersuchungen vom November 2006 abgestützt werden, nachdem seit diesem Zeitpunkt keine neuen kardialen ischämischen Ereignisse aufgetreten seien und der Beschwerdeführer selbst keine Verschlechterung hinsichtlich der Angina pectoris geltend mache. Die angestammte Tätigkeit als Berufschauffeur (auch für kleine Lastwagen bis 3.5 Tonnen) sei aus kardiologischer Sicht und auch wegen der Polyneuropathie dauerhaft nicht mehr zumutbar. Die Beeinträchtigungen liessen sich durch weitere medizinische Massnahmen kaum noch vermindern. Eine Weiterführung der antidepressiven Medikation für etwa drei bis sechs Monate sei angezeigt, um das Risiko eines Rückfalls zu verkleinern. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100% für die bisherige Tätigkeit liege seit November 2005 vor. Die vom Hausarzt vorgenommene Rückdatierung bis in den Januar 2004 lasse sich aus heutiger Sicht schwer nachvollziehen, erscheine jedoch wenig plausibel, da der Beschwerdeführer noch bis November 2005 als Chauffeur tätig gewesen sei, auch wenn parallel dazu schon Störungen der sozialen Funktionen aufgetreten seien. Für angepasste Tätigkeiten habe ebenfalls seit November 2005 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, dies wegen der sich in dieser Zeit immer stärker manifestierenden depressiven Entwicklung. Das Leistungsprofil für angepasste Tätigkeiten gelte ab dem Zeitpunkt der Begutachtung. Der Beschwerdeführer könne eine Reihe angepasster leichter, seinem schulischen Hintergrund angepasste Tätigkeiten mit vollem zeitlichen Pensum an fünf Tagen die Woche ausüben. Aufgrund der diabetischen Polyneuropathie seien körperlich schwere



Arbeiten, z.B. auf dem Bau, auf Gerüsten, Leitern sowie lange Gehstrecken zu vermeiden. Auch sollte die Tätigkeit nicht ausschliesslich stehend ausgeübt werden müssen. Wegen der Kardiopathie seien körperlich schwere Tätigkeiten ausgeschlossen. Der Beschwerdeführer sei ausreichend eingliederungsfähig. Berufliche Massnahmen im Sinn von Stellenvermittlung könnten ab sofort durchgeführt werden. Eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei zumutbar. Die Umsetzbarkeit hänge nicht von medizinischen Gesichtspunkten ab (IV-act. 24 S. 23-26).

2.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ hielt am 16. Januar 2008 fest, das Medas-Gutachten sei umfassend, kohärent, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar (IV-act. 25). Am 29. Januar 2008 teilte der Beistand des Beschwerdeführers mit, dieser müsse rund um die Uhr betreut werden (IV-act. 28). Im Schlussbericht der Eingliederungsberatung vom 11. Februar 2008 wurde die Eingliederung (Arbeitsvermittlung) wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit als abgeschlossen erklärt (IV-act. 30). Am 13. Februar 2008 bestätigte die RAD-Ärztin ihren Standpunkt (IV-act. 32). In zwei Stellungnahmen vom 11. April 2008 hielt der Beistand des Beschwerdeführers fest, der Beschwerdeführer habe in seinem Leben viele Schwierigkeiten gehabt und man könne ihm einen ungesunden Lebenswandel vorwerfen. Arbeitsscheu sei er jedoch nie gewesen, und eine berufliche Eingliederung sollte realisiert werden können. Im Medas-Gutachten fehle eine Fremdanamnese. Es sei nicht so, dass er eine vorübergehende schwere depressive Störung ohne bleibenden Schaden habe überwinden können. Auch treffe nicht zu, dass die nachträgliche Rückdatierung der 100%igen Arbeitsunfähigkeit durch den Hausarzt auf den 1. Januar 2004 nicht nachvollziehbar sei, weil der Beschwerdeführer bis Oktober 2005 als Chauffeur gearbeitet habe. Er sei hier in einem Arbeitsprogramm für Langzeitarbeitslose beschäftigt gewesen. Er habe immer arbeiten wollen, und die Arbeit sei sein ganzer Stolz gewesen. Der Lohn sei dem Programmanbieter vom Sozialamt voll entschädigt worden. Da sei es rasch geschehen, dass man Veränderungen in der Vermittelbarkeit nicht wahrnehme, weil der Beschwerdeführer nachgehend betreut worden sei. Sodann würden die Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 100% auch für angepasste Tätigkeiten bis zur Begutachtung im Dezember 2007 für gegeben erachten und feststellen, dass das neue "Leistungsprofil" (90% arbeitsfähig für angepasste Arbeiten) ab dem Zeitpunkt des Gutachtens festgestellt werden könne. Das sei eine sensationelle gesundheitliche Karriere. Die Gutachter



würden den Beschwerdeführer als praktisch uneingeschränkt arbeitsfähig bezeichnen, obschon er (gemäss ihrer Feststellung) gleichzeitig stationär betreut werden müsse. Der Eingliederungsberatung sei nochmals ein Auftrag zu erteilen (IV-act. 40). Für den Fall, dass ein Rentenentscheid gefällt werde, sei festzuhalten, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung wie der Beschwerdeführer deutlich tiefer entlöhnt würden als gesunde Arbeitnehmende. Mit seinem psychischen Leiden stelle er hohe Anforderungen an die Toleranz von Mitarbeitenden und an die Führung durch Vorgesetzte. Er bedürfe im Rahmen einer Beschäftigung einer ständigen Betreuung und wohlwollenden Unterstützung. Ohne dauernde stationäre Betreuung sei eine Beschäftigung leidensbedingt praktisch ausgeschlossen. Dementsprechend sei die Verwertung der theoretischen Teilarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers deutlich in Frage gestellt und derzeit sicher nicht im Umfang von 90% möglich. Er bedürfe dringend der Vorbereitung auf eine berufliche Eingliederung im Rahmen von Integrationsmassnahmen. Vom Invalideneinkommen sei zumindest ein Abzug von 25% vorzunehmen (IV-act. 41).

2.4 Am 16. Mai 2008 hielt RAD-Arzt Dr. med. G.____ unter anderem fest, die Prüfung von Eingliederungsmassnahmen werde im Rahmen der (medizinischen) Einschränkungen befürwortet (IV-act. 42). Im Protokoll des IV-Eingliederungsberaters wurde am 20. Januar 2009 unter anderem vermerkt, dass der Beschwerdeführer keine Möglichkeit für eine Arbeitsstelle in der freien Wirtschaft sehe. Im D.____ gefalle es ihm sehr gut, da er ohne Druck arbeiten könne. Er sei dort auch gut betreut. Sein Ziel sei es, wieder alleine zu leben in einer eigenen Wohnung. Am 26. Januar 2009 hielt der IV-Eingliederungsberater fest, aus seiner Sicht könne der Beschwerdeführer leichte Arbeiten ohne grossen Zeitdruck verrichten. Dies beweise er im D.____, wo er seit geraumer Zeit am Korbflechten sei. Er fühle sich nicht wohl im ersten Arbeitsmarkt, da der Druck überall zu gross sei. Er und sein Beistand wünschten keine Arbeitsvermittlung, sondern die Rentenprüfung. Der Beschwerdeführer sei handwerklich geschickt, ausdauernd und könne selbständig arbeiten; die Feinmotorik sei auch gut. Der "Fall" sei abzuschliessen (IV-act. 46, 47). Dr. C.____ berichtete am 12. Mai 2009, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär bei gleichgebliebener Diagnose. Er brauche nach wie vor eine ständige Betreuung für seine sozialen und medizinischen Bedürfnisse (IV-act. 50). Dr. G.____ hielt am 9. Juni 2009



fest, es sei (bei unveränderter Situation) weiterhin am Ergebnis der Medas-Abklärung festzuhalten (IV-act. 51).

3.

3.1 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 175 Erw. 4; Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 13. Juni 2001 [I 506/00]) kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich lediglich dann, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 13. März 2006 [I 676/05] Erw. 2.4). Sodann lassen sich psychosoziale und soziokulturelle Faktoren oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinn des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, die durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine davon zu unterscheidende fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 Erw. 5a). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbständigten Gesundheitsschaden



aufrechterhalten oder seine - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_578/2007 vom 13. Februar 2008, Erw. 2.2 in fine mit Hinweisen). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 6 S. 15 Erw. 5.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008, Erw. 4.2).

Die Medas-Gutachter gingen aufgrund der Vorgeschichte davon aus, dass die 2006 neuropsychologisch objektivierbaren kognitiven, vor allem mnestischen Störungen durch eine psychiatrische Affektion, nämlich eine depressive Störung, verursacht worden seien: Die anamnestischen Daten würden darauf schliessen lassen, dass sich diese in den letzten drei bis vier Jahren in engem Zusammenhang mit der Trennung und Scheidung (und der rund zwei Jahre zuvor erlebten Kündigung aus wirtschaftlichen Gründen) entwickelt habe. Der Beschwerdeführer habe sich sozial zurückgezogen, habe Termine nicht mehr wahrgenommen und habe Zeichen der Verwahrlosung gezeigt. Das syndromale Erscheinungsbild lasse sich am besten einer mindestens mittelschweren, wenn nicht schweren depressiven Episode (mit somatischem Syndrom) zuordnen. Schwere depressive Zustände würden häufig von erheblichen geistigen Beschwerden, vor allem Konzentrations- und Gedächtnisstörungen begleitet, die so ausgeprägt sein könnten, dass sie kaum von einer dementiellen Entwicklung zu unterscheiden seien. Man spreche in diesen Fällen von "Pseudodemenz". Klagen über geistige Beschwerden und das klinische Erscheinungsbild eines "geistigen Abbaus" könnten dann sogar im Vordergrund stehen und die "klassischen" Depressionssymptome überdecken. Aktuell liessen sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine relevanten depressiven Zeichen mehr feststellen, was sich mit den Angaben des Beschwerdeführers decke, der ein Abklingen der depressiven Beschwerden seit der Etablierung einer medikamentösen Behandlung in den letzten zwei Monaten beschreibe (IV-act. 24 S. 23f).

Bereits anlässlich der psychologisch-neuropsychologischen Untersuchung am Kantonsspital vom Frühjahr 2007 liessen sich die Verwahrlosung und der soziale Rückzug nicht mit den kognitiven Störungen allein erklären. Vielmehr wurde als



Ursache eine depressive oder sonstige psychische Komponente vermutet (IV-act. 11-13/17). Diese Vermutung wurde von den Medas-Gutachtern bestätigt. Im Weiteren können unter anderem psychische Probleme zu einer Störung der Aufmerksamkeit und zur Beeinträchtigung anderer kognitiver Funktionen führen (B.P. Radanov, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach Halswirbelsäulen-Distorsion, SZS 1996, 471ff, 473). Die Neuropsychologie vermag es dementsprechend nicht, selbständig die Beurteilung einer Genese abschliessend vorzunehmen (vgl. BGE 119 V 341 Erw. 2b/bb; Entscheid des Versicherungsgerichts vom 29. März 2001 [IV 1998/305] S. 12). Andererseits lässt sich jedoch aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer gegenüber den Medas-Gutachtern das Abklingen der depressiven Beschwerden beschrieb, nichts ableiten, denn er hatte sich bereits Anfang 2007 gegenüber den Ärzten des Kantonsspitals als "nicht depressiv" eingeschätzt (IV-act. 12-7/9). Seine Selbsteinschätzung erscheint damit nicht ohne Weiteres verwertbar.

3.2 Die Medas-Gutachter bescheinigten eine auffallende Unselbständigkeit des Beschwerdeführers in persönlichen und häuslichen Dingen und leiteten daraus implizit ab, dass die betreute Wohnform weiterhin angezeigt sei. Sie verneinten jedoch eine durch diese Unselbständigkeit hervorgerufene Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in einer beruflichen Tätigkeit (IV-act. 24 S. 24). Der Beistand des Beschwerdeführers erklärte diesbezüglich, die Betreuung sei "rund um die Uhr" notwendig. Er beanstandete die fehlende Fremdanamnese (vgl. IV-act. 24-13/36) im Medas-Gutachten. Diese würde aufzeigen, dass seit Jahren ein langsamer Prozess laufe, in welchem die Arbeitsfähigkeit immer mehr zurückgegangen sei. Eine irreversible Veränderung sei in einem einzigen Gespräch sehr schwer feststellbar. Der Beschwerdeführer müsse zur Medikamenteneinnahme angehalten werden. Er erreiche in der Korberei an einem geschützten Arbeitsplatz eine Leistung von weniger als 50%, und wenn er versuchsweise gefordert werde, reagiere er sofort mit Migräne und weiteren Störungen. Es bestehe kein Zweifel, dass er dauernd auf die Heimbetreuung angewiesen sein werde. Er wirke in seinem Verhalten überaus kindlich, aber auch schwammig und wenig gefühlsdifferenziert. Die psychische und soziale Entwicklung seit dem Verlust des letzten Arbeitsplatzes (2002) und der Scheidung seien für ihn traumatisch gewesen. Es sei nicht so, dass er eine vorübergehende schwere depressive Störung ohne bleibenden Schaden habe überwinden können (IV-act. 28,



40). Diese Darlegungen bestätigte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in diesem Verfahren (act. G 1).

Auch wenn der Beistand des Beschwerdeführers die gesundheitliche Situation nicht als (medizinische) Fachperson beurteilen konnte, so wäre es doch angezeigt gewesen, seine Aussagen zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bei der von ihm ausgeübten Tätigkeit (weniger als 50% in geschütztem Rahmen) durch Einholung eines Berichts beim Männerheim D.____ zu klären. Dies umso mehr, als auch der Hausarzt Dr. C.____ am 12. Mai 2009 - und damit noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung - bescheinigte, der Beschwerdeführer müsse für sämtliche Verrichtungen instruiert werden. Eine selbständige Ausführung einer Tätigkeit sei nicht möglich. Kleinere leichtere Arbeiten unter Anleitung und unter Aufsicht könne er ausführen. Er werde dazu täglich instruiert. Der zeitliche Rahmen betrage ca. 2 Stunden pro Halbtage, wobei mit einer sehr verlangsamten Arbeitsweise zu rechnen sei. Die Leistungsfähigkeit sei durch die Geschwindigkeit sowie auch durch die Genauigkeit massiv herabgesetzt, so dass nur begleitetes Arbeiten möglich sei (IV-act. 50).

3.3 Die Medas-Gutachter bestätigten in der Zeit von November 2005 bis Dezember 2007 (Begutachtungs-Datum) eine volle Arbeitsunfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit und für die Zeit danach eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Dieser Übergang von voller Arbeitsunfähigkeit zu voller Arbeitsfähigkeit mit dem Zeitpunkt der Begutachtung erscheint angesichts der geschilderten Verhältnisse insofern zumindest erklärungsbedürftig, als eine Zustandsverbesserung lediglich in dem Mass dokumentiert ist, als die Wohn- und Arbeitssituation nach Lage der Akten zur Stabilisierung der Gesundheitssituation des Beschwerdeführers beigetragen habe. Die Annahme einer uneingeschränkten Einsetzbarkeit des Beschwerdeführers an einem Arbeitsplatz auf dem in Betracht fallenden Arbeitsmarkt von einem Tag auf den anderen ist damit noch nicht begründet; sie steht auch mit den übrigen medizinischen Akten nicht in Einklang. Der geltend gemachte Umstand, dass sich trotz Abklingen der Depression nichts an der eingeschränkten (kognitiven) Leistungsfähigkeit geändert habe, was für ein dementielles Syndrom spreche (act. G 1 S. 9), lässt sich aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht ohne weiteres widerlegen. Entgegen der Auffassung der Medas-Gutachter (IV-act. 24 S. 25) lässt sich sodann der vom Hausarzt Dr. C.____ auf Januar 2004 angesetzte Beginn der Arbeitsunfähigkeit (zumindest teilweise) damit



erklären, dass es sich bei der vom Beschwerdeführer von Dezember 2004 bis November 2005 ausgeübten Tätigkeit bei der Stiftung H.____ (IV-act. 8) um einen Arbeitsplatz im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms in geschütztem Rahmen gehandelt hatte. Der Lohn von Fr. 2'800.-- pro Monat, welcher der Arbeitsleistung entsprochen haben soll (IV-act. 8), wurde dem Programmanbieter zudem offenbar vom Sozialamt voll vergütet (IV-act. 40). Ein Bericht der Stiftung H.____ über die Tätigkeit des Beschwerdeführers liegt - abgesehen vom Arbeitgeber-Fragebogen - nicht vor, so dass sich die dort erbrachte effektive Leistung nicht abschätzen lässt. Jedenfalls lässt sich nicht einfach eine uneingeschränkte Leistung unterstellen. Mit der von der Medas gewählten Begründung kann ein Beginn der Arbeitsunfähigkeit per November 2005 somit nicht belegt werden.

Das Medas-Gutachten überzeugt inhaltlich überdies insofern nicht, als kein Bericht des Männerheims D.____ - als Wohn- und Arbeitsort des Beschwerdeführers im streitigen Zeitraum - in die Beurteilung mit einbezogen wurde. Wenn, wie die Medas-Gutachter schreiben, die klinischen Befunde und der klinische Verlauf (und nicht apparative Messungen) massgebend sind (IV-act. 24-23/36), so sind auch Feststellungen von betreuenden/arbeitgebenden Institutionen einzubeziehen, da auch sie die tatsächliche ("klinische") Situation zu erhellen vermögen. Ein Bericht des Männerheims D.____ wird daher noch einzuholen und die Sache den Medas-Gutachtern zur erneuten Beurteilung vorzulegen sein. Die Medas-Gutachter äusserten sich zudem - wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend machen lässt (act. G 1 S. 7) - soweit ersichtlich nur zur Funktion des Langzeitgedächtnisses. Zum Kurzzeitgedächtnis liegen keine Feststellungen vor (vgl. IV-act. 24-16/36 oben). Der Beschwerdeführer lässt in diesem Zusammenhang ausführen, gerade sein Kurzzeitgedächtnis sei ganz erheblich beeinträchtigt, so dass er bei seiner arbeitstherapeutischen Beschäftigung in der Korberei täglich über seine Arbeiten instruiert werden müsse (act. G 1 S. 7 mit Hinweis auf den Bericht von Dr. C.____ vom 12. Mai 2009 [IV-act. 50-2/2]). Auch zu diesem Punkt werden die Medas-Gutachter noch Stellung zu nehmen haben. Schliesslich ist festzuhalten, dass vorliegend der Zeitraum bis 10. Juni 2009 (Datum der angefochtenen Verfügung) in Frage steht. Mit Blick darauf, dass auch die Medas-Gutachter eine Progredienz der vaskulär bedingten lakunären zerebralen Läsionen im Verlauf der Folgejahre nicht ausschlossen (IV-act. 24-23/36), erscheint auch aus diesem Grund eine weitere Abklärung (des zwischenzeitlichen Verlaufs) gerechtfertigt.



3.4 Wie auch immer das Resultat der erneuten Abklärung lauten wird, stellt sich vorliegend die Frage des befristeten Rentenanspruchs. Mit dem Ablauf des sogenannten Wartejahrs entsteht - unabhängig davon, ob eine berufliche Eingliederung begonnen oder abgeschlossen wurde - ein Rentenanspruch. Der für die "vorläufige" Invalidenrente massgebende Invaliditätsgrad wird durch einen sich auf die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf (Art. 6 ATSG) stützenden Einkommensvergleich ermittelt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 14. Januar 2010 i/S P. [IV 2008/254] Erw. 4.4). Die Medas-Gutachter bescheinigten die von ihnen festgestellte volle Arbeitsfähigkeit wie erwähnt sowohl in der bisherigen als auch in einer adaptierten Tätigkeit mit Beginn ab November 2005. Das Wartejahr wäre somit, ausgehend von der Taxierung durch die Medas-Gutachter, im November 2006 abgelaufen, wobei jedoch wie dargelegt deren Begründung für diesen Arbeitsunfähigkeits-Beginn nicht überzeugt. Auch hierzu werden die Medas-Gutachter mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen noch Stellung zu nehmen und den Arbeitsunfähigkeitsbeginn zu überprüfen haben. Ein befristeter Rentenanspruch für die Zeit vor der Medas-Begutachtung ist unter diesen Gegebenheiten auf jeden Fall näher zu prüfen.

3.5 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, seine Arbeitsfähigkeit sei auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwertbar (act. G 1). Bei der Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann von einer zumutbaren Tätigkeit dort nicht gesprochen werden, wo diese nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum vornherein als ausgeschlossen erscheint. Allerdings beinhaltet der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarkts nicht nur ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach Stellen, sondern bezeichnet einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2003 [I 349/01] mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung darf aber beispielsweise auf eine medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 50% nicht abgestellt werden, wenn sie praktisch nicht ausgenützt werden kann (vgl. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum



Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, S. 115 und 116, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2007 [I 304/06], Erw. 4.1 und 4.2; zur Frage der sozialpraktischen Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 12. Oktober 2004 [I 299/04], Erw. 4.3.1 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin nahm zur Frage der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit keine Stellung. Nach Vorliegen des Resultats der ergänzenden medizinischen Abklärungen und nach erneuter Festlegung der Arbeitsfähigkeit wird auch diese Frage zu erörtern sein.

4.

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem dahingehend gutzuheissen, dass die Sache zur weiteren Abklärung (Einholung eines Berichts beim Männerwohnheim D.____ sowie der Stiftung H.____ und anschliessende Gutachtenergänzung, gegebenenfalls auch Durchführung einer beruflichen Abklärung, sowie erneute Rentenprüfung, gegebenenfalls Prüfung eines befristeten Rentenanspruchs) und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Mit Blick auf das Obsiegen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.3 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens, welcher für die Festlegung der Parteientschädigung als volles Obsiegen gilt, hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Parteientschädigung gegenüber der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). Ausgehend von der in vergleichbaren Fällen praxisgemäss zugesprochenen Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit diesem Betrag zu entschädigen.



Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der Verfügung vom 10. Juni 2009 dahingehend

gutgeheissen, dass die Sache zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.