



Fall-Nr.: IV 2009/475
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 26.06.2020
Entscheiddatum: 16.06.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 16.06.2011

Art. 16 ATSG: Invaliditätsbemessung durch einen Einkommensvergleich. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung als Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens kann nur dann überzeugen, wenn sie sich auf einen Gesundheitszustand stützt, von dem aus medizinischer Sicht anzunehmen ist, dass er längerfristig stabil bleiben wird, denn die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist eine Prognose (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Juni 2011, IV 2009/475).

Entscheid Versicherungsgericht: 16.06.2011

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 16. Juni 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, St. Leonhard-Strasse 20,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

Der Versicherte erlitt am 23. September 2002 einen Verkehrsunfall, bei dem er sich ein Zervikalsyndrom zuzog. Dieses Syndrom heilte wieder ab, so dass er von seinem Hausarzt ab 30. Oktober 2002 wieder voll arbeitsfähig geschrieben werden konnte (Dossier Fremdakten, Einspracheentscheid der SUVA S. 2 oben). Am 14. Dezember 2004 prallte ein Auto in das Heck des vom Versicherten gelenkten Autos. Der Kreisarzt der SUVA hielt in einem Bericht vom 27. Januar 2005 fest, gemäss den Befunderhebungen im Spital Walenstadt und gemäss den Angaben des Hausarztes habe sich der Versicherte dabei eine HWS-Distorsion zugezogen. Ausserdem sei der Versicherte in Behandlung wegen Krankheit, nicht unfallkausalen Befunden. In seiner Beurteilung stellte der Kreisarzt fest, die Symptomatik korreliere teilweise mit einem cranio-cervicalen Beschleunigungstrauma. Soweit beurteilbar seien auch kognitive Basisfunktionen betroffen. Die objektiv nachweisbaren Befunde seien wenig ausgeprägt. Er werde eine MRI-Abklärung veranlassen (Dossier Fremdakten). Dr. med. B.____, Radiologie FMH, berichtete dem SUVA-Kreisarzt am 4. Februar 2005, MR-tomographisch sei eine ausgeprägte Streck- und Schiefhaltung der HWS ohne Nachweis einer Diskushernie oder einer diskoligamentären Verletzung ermittelt worden (Dossier Fremdakten). Vom 9. Februar bis 9. März 2005 hielt sich der Versicherte in der Rehaklinik Bellikon auf. Im Austrittsbericht vom 14. März 2005 wurde ausgeführt, der Versicherte sei mit einem weitreichenden Beschwerdebild mit Nackenschmerzen, Schulterschmerzen, Kraftlosigkeit der Arme, Durchschlafstörungen, Übelkeit, Erbrechen, beidseitigem Ohrensausen und weiteren Symptomen zur stationären Rehabilitation aufgenommen worden. Bei der Aufnahmeuntersuchung seien extreme Druckdolenzen im Bereich des gesamten M. trapezius und eine stark eingeschränkte HWS-Beweglichkeit festzustellen gewesen. Es hätten aber keine konkreten



neurologischen Defizite bestanden. Bei der rheumatologischen Untersuchung habe der Versicherte in bezug auf die subjektive Beeinträchtigung und in bezug auf die Funktionen ein maximal schlechtes Bild gezeigt. Mit grosser Wahrscheinlichkeit habe eine Symptombetonung vorgelegen. Eine ausführliche funktionelle Testung sei aufgrund der ausgeprägten Schon- und Vermeidungshaltung nicht möglich gewesen. Unter Berücksichtigung des biomechanischen Gutachtens, das Kollisionskräfte unter der Harmlosigkeitsgrenze ergeben habe, sei von rheumatologischer Seite auf eine Aggravation geschlossen und unfallbedingt eine normale Arbeitsfähigkeit ermittelt worden. Die neuropsychologischen Befunde hätten auf eine erhebliche Dauerleistungseinschränkung (vor allem Defizite der Aufmerksamkeit, der Exekutivfunktionen und des Gedächtnisses) hingewiesen. Zudem hätten sich psychische Auffälligkeiten mit vermindertem Antrieb und gedämpfter Stimmungslage gezeigt. Es seien auch Zeichen einer Verdeutlichungstendenz vorhanden gewesen. Die Ursache der Störung sei am ehesten im Rahmen einer Schmerzsymptomatik und einer reaktiv-psychischen Störung zu sehen. Von psychiatrischer Seite her habe keine typische oder spezifische Störung festgestellt werden können. Die Art der Präsentation der Beschwerden habe jedoch auf eine bewusste Verdeutlichungstendenz schliessen lassen. Die geklagten und demonstrierten Gedächtnisdefizite hätten atypisch gewirkt. Es habe keine spezifische Psychopathologie bestanden, welche die geklagte oder präsentierte Stimmung hätte erklären können. Die Rehaklinik Bellikon attestierte eine normale Arbeitsfähigkeit bei Aggravation (Dossier Fremdakten). Der Versicherte liess der SUVA einen Bericht von Dr. med. C.____, FMH für Neurologie, vom 3. Mai 2005 einreichen. Gemäss diesem Bericht bestand überhaupt keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dr. C.____ begründete diese Einschätzung damit, dass der Aufprall sehr heftig gewesen sei, dass der Versicherte für eine halbe Stunde das Bewusstsein verloren habe und dass dann intensive Nacken- und Kopfschmerzen mit begleitendem Schwindel aufgetreten seien (Dossier Fremdakten). In ihrer Einspracheentscheid vom 20. Juli 2005 verneinte die SUVA einen Leistungsanspruch des Versicherten, wobei sie insbesondere darauf hinwies, dass gemäss der biomechanischen Beurteilung eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von 10 bis 15 km/h eingetreten sei, so dass die Harmlosigkeitsgrenze von 10 bis 15 km/h nicht überschritten worden sei (Dossier Fremdakten).

B.



St.Galler Gerichte

Am 25. August 2005 meldete sich der Versicherte zum Bezug von IV-Leistungen an. Im Gesuchsformular gab er u.a. an, er habe in seinem Herkunftsland den Beruf des Schuhmachers erlernt. Von 1998 bis Dezember 2004 sei er als Maschinenarbeiter tätig gewesen (IV-act. 1). Dr. med. D.____ berichtete der IV-Stelle am 23. September 2005, der Versicherte sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem 14. Dezember 2004 zu 100% arbeitsunfähig. Der Versicherte leide an einem posttraumatischen zervikalen Schmerzsyndrom bei St. n. zwei Unfällen der HWS und an einer Depressivität. Der teilweise völlig apathische Versicherte sei kaum für irgendeine Arbeitsaufnahme zu bewegen (IV-act. 11-1/18 bis 4/18). Dr. D.____ legte einen Bericht der Klinik Valens an die CSS Versicherungen bei. Gemäss diesem Bericht hatte die rheumatologische Untersuchung die Diagnose eines chronischen zervikozephalen Schmerzsyndroms bestätigt. Es hatten sich deutliche myofasziale Befunde im Bereich des Nackens und des Schultergürtels bei einer deutlichen Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule und bei einer muskulären Dysbalance gezeigt. Die demonstrierten Beeinträchtigungen waren aber durch die klinischen Befunde nur ungenügend erklärbar gewesen. Die ergonomische Abklärung hatte eine deutlich reduzierte Belastbarkeit ergeben, die aber allein durch die Funktionsstörung der HWS nicht hatte erklärt werden können. Da der Versicherte eine deutliche Selbstlimitierung aufgewiesen hatte, war es nicht möglich gewesen, das physisch-funktionelle Leistungsmaximum zu beobachten. Die demonstrierte Belastbarkeit war minimal gewesen. Im Rahmen der psychosomatischen Abklärung hatte eine mittelgradige depressive Symptomatik imponiert. In den vorausgegangenen zwei Monaten war eine deutliche progrediente Entwicklung dieser depressiven Symptomatik zu verzeichnen gewesen. Aus rheumatologischer und ergonomischer Sicht hatte keine Therapie empfohlen werden können. Hingegen war eine Therapie der depressiven Symptomatik als sinnvoll betrachtet worden. Der Versicherte war nach der Ansicht der Ärzte der Klinik Valens für eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit mit Gewichtsbelastung bis maximal 10 kg zu 50% arbeitsfähig. Nach einer adäquaten Behandlung der aktuell mittelgradigen depressiven Symptomatik für vier bis sechs Monate sollte die Arbeitsfähigkeit reevaluiert werden, denn es war zu erwarten, dass durch eine Besserung der psychiatrischen Symptomatik auch die Arbeitsfähigkeit ansteigen würde (IV-act. 11-17/18 bis 18/18). Die E.____ teilte der IV-Stelle am 28. Oktober 2005 mit, der Versicherte würde als Maschinist aktuell Fr. 57'908.- verdienen (IV-act. 13). Dr. med. F.____ vom RAD empfahl am 27. Dezember



2005 eine polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 14). Die mit der Abklärung betraute MEDAS Zentralschweiz teilte der IV-Stelle am 4. Juni 2007 mit, sie habe das Gutachten nicht erstellen können. Der Versicherte sei zwar zum vereinbarten Untersuchungstermin erschienen, aber es sei nicht möglich gewesen, von ihm die für ein rechtsgenügendes Gutachten erforderlichen Angaben zu bekommen. Deshalb habe die Abklärung abgebrochen werden müssen (IV-act. 20). Der Versicherte bestätigte am 24. Oktober 2007, dass er bereit sei, sich einer medizinischen Abklärung zu unterziehen und dabei alle nötigen Auskünfte zu erteilen (IV-act. 25).

C.

Die medizinischen Sachverständigen der MEDAS Zentralschweiz berichteten in ihrem Gutachten vom 8. Juli 2008, für die Eintrittsuntersuchung sei eine Dolmetscherin beigezogen worden. Damit seien die sprachlich bedingten Verständigungsprobleme ausgeschaltet worden. Trotzdem sei es schwierig gewesen, die Anamnese zu erheben, da der Versicherte manchmal nicht auf die Fragen geantwortet habe, sich oft einsilbig gezeigt, vage Angaben gemacht und häufig angegeben habe, sich an frühere Vorkommnisse nicht mehr richtig erinnern zu können. Deshalb seien die Daten der Anamnese teilweise den Akten entnommen worden. Der rheumatologische Sachverständige gab an, es bestehe ein ausgeprägter myofaszialer Reizzustand im gesamten Nacken- und Schulterbereich mit einer massiv eingeschränkten Beweglichkeit der HWS in alle Richtungen. Aufgrund des jahrelangen Schonverhaltens lägen zudem eine erhebliche muskuläre Dysbalance und eine Dekonditionierung vor. Anhaltspunkte für eine radikuläre Symptomatik oder für eine Segmentinstabilität fehlten. Die körperliche Untersuchung sei durch ein extremes Schmerzverhalten massiv erschwert gewesen. Diskrepanz zu diesem Schmerzverhalten seien die bildgebenden Befunde als leichtgradig zu bezeichnen gewesen. Bezüglich des myofaszialen Reizzustandes sei von rheumatologischer Seite her kein organisches Substrat zu erkennen gewesen. Das ganze Beschwerdebild habe sich rheumatologisch nicht hinreichend erklären lassen. Aus rheumatologischer Sicht sei eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinbusse möglich gewesen. Der psychiatrische Sachverständige berichtete, die Angaben des Versicherten seien oft widersprüchlich gewesen. Bezüglich seines Verhaltens und seiner Problempäsentation seien die Kriterien einer relativ ausgeprägten Aggravation



erfüllt gewesen, während wohl eher nicht von einer Simulation auszugehen sei. Insgesamt sei es nicht möglich gewesen, die subjektiven Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu objektivieren und gesicherte Diagnosen zu stellen. Eine klassische dissoziative Störung habe nicht diagnostiziert werden können. Testpsychologisch habe eine leichte bis mittelschwere Depression vorgelegen, wobei keine eigentliche depressive Störung, sondern nur eine gedrückte, leere Stimmung zu objektivieren gewesen sei. Die depressive Stimmung sei vor allem die Folge der Schmerzen und des Stellenverlusts. Sie verstärke ihrerseits wieder die Schmerzen. Zusätzlich gebe es Hinweise auf das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung. Die Schmerzen seien nicht eindeutig somatisch zu erklären gewesen und sie seien vage geschildert worden. Ausserdem sei eine Alexithymie festzustellen gewesen. Die Coping-Möglichkeiten seien begrenzt gewesen. Eine vorbestehende schwerwiegende psychosoziale Belastung habe gefehlt. Deshalb habe die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht eindeutig gestellt werden können, sie habe aber auch nicht sicher ausgeschlossen werden können. Sie sei aber wahrscheinlicher als eine einfache, nicht krankheitswertige Symptomausweitung. Da wegen der kognitiven Störung eine erhöhte Selbst- und Fremdgefährdung möglich sei, bestehe für die Arbeit als Maschinist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Depression und der Schmerzen seien der Antrieb, die Ausdauer, die Konzentrationsfähigkeit und das Selbstvertrauen des Versicherten beeinträchtigt. Wegen des schlechten Schlafs sei die Regenerationsfähigkeit reduziert. Dies führe zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 30%, wobei die Präsenzzeit nicht wesentlich eingeschränkt sei. Die insgesamt erhobenen Diagnosen lauteten: Leichte bis mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (St. n. HWS-Distorsionstrauma infolge Heckauffahrkollision 14.12.04), anhaltende somatoforme Schmerzstörung, chronifiziertes zervikozephalies Schmerzsyndrom (Fehlhaltung mit ausgeprägter myofaszialer Irritation der Nacken-/Schulterpartie bds. linksbetont, St. n. HWS-Distorsionstrauma infolge Heckauffahrkollision 2004, St. n. wahrscheinlicher leichter Frontalkollision 2003, St. n. Verkehrsunfall 1993 mit unbekanntem Unfallmechanismus) sowie - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Verdacht auf sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen, Ganser-Syndrom), chronisches lumbovertebrogenes Syndrom (Fehlhaltung mit muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung), Oberbauchbeschwerden und V. a. Restless legs-Syndrom. Die



Gesamtbeurteilung ergab eine Arbeitsunfähigkeit von 30% in einer adaptierten Tätigkeit. Eine solche Tätigkeit musste leicht bis mittelschwer und wechselbelastend sein. Überkopfarbeiten und ausschliesslich stehend oder sitzend in einer Zwangshaltung auszuübende Arbeiten waren auszuschliessen. Eine adaptierte Tätigkeit durfte weder die Schmerzen verstärken noch einen intensiven Kontakt mit Kunden beinhalten. Die medizinischen Sachverständigen empfahlen eine Psychotherapie sowie die Weiterführung der medikamentösen Therapie, wobei allerdings ein Wechsel des Medikaments erwogen werden sollte. Zur Frage nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit gaben die Sachverständigen an, ab dem Unfall am 14. Dezember 2004 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten bestanden. Beim Austritt aus der Rehaklinik Bellikon am 9. März 2005 sei rheumatologisch eine volle Arbeitsfähigkeit postuliert worden. Aus psychiatrischer Sicht sei damals keine krankheitswertige Störung nachgewiesen worden. Am 5. September 2005 sei im Gutachten der Klinik Valens eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert worden, wobei offenbar der psychische Zustand ausschlaggebend gewesen sei. In der Folge sei dem Versicherten von verschiedenen behandelnden Ärzten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die Sachverständigen der MEDAS hielten dies für unwahrscheinlich und nicht nachvollziehbar, wenn man sich ausschliesslich auf die krankhaften Befunde beschränke. Die behandelnden Ärzte hätten sich wohl vor allem auf die Aussagen des Versicherten abgestützt. Dabei hätten sie die IV-fremden Faktoren und die offensichtliche Aggravation nicht als solche gewertet (IV- act. 45).

D.

Am 6./9. Februar 2009 erfuhr die IV-Stelle, dass der Versicherte erneut einen Autounfall erlitten habe und sich im Spital befinde (IV-act. 57). In einem Austrittsbericht des Spitals Grabs wurde am 10. Februar 2009 festgehalten, der Versicherte sei mit 70 km/h gegen eine Betonwand gefahren. Augenzeugen hätten über ein auffälliges Verhalten nach dem Ereignis berichtet: Bewusstes Schlagen des Kopfs gegen das Lenkrad. Die Ärzte des Spitals Grabs berichteten weiter, der Versicherte habe bei Spitaleintritt eine retrograde Amnesie für das Ereignis sowie eine mangelnde Orientierung zu Zeit und Person gezeigt. Das Schädel-CT sei unauffällig gewesen. Es hätten auch keine behandlungsbedürftigen Verletzungen vorgelegen. Während des Aufenthalts habe der



St.Galler Gerichte

Versicherte ein auffälliges aggressives Verhalten vor allem gegenüber dem weiblichen Pflegepersonal und gegenüber den Ärztinnen gezeigt. Gleichzeitig sei der Versicherte beim Versuch, allfällige weitere HWS-Verletzungen zu untersuchen, in einem massiven Umfang unkooperativ gewesen. Er sei in die psychiatrische Klinik Pfäfers verlegt worden (IV-act. 62). Die IV-Stelle verglich ein anhand der Lohnangaben der E.____ ermitteltes Valideneinkommen von Fr. 57'908.- mit einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 41'265.- (70% von Fr. 58'950.-). Daraus resultierte ein Invaliditätsgrad von 29% (IV-act. 73). Mit einem Vorbescheid vom 17. Juli 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, sein Rentengesuch abzuweisen (IV-act. 76). Der Versicherte liess am 15. September 2009 einwenden, er habe einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die Arbeitsfähigkeit von 70% sei nämlich nur noch an einem geschützten Arbeitsplatz zu verwirklichen. Der Unfall vom 5. Februar 2009 zeige, dass psychische Beschwerden vorlägen. Diesbezüglich seien genauere Abklärungen unterblieben (IV-act. 80). Mit einer Verfügung vom 13. November 2009 wies die IV-Stelle das Rentengesuch ab. Sie ging von einem Invaliditätsgrad von 29% aus. In der Verfügungsbegründung wies sie insbesondere darauf hin, dass die geltend gemachten psychischen Beschwerden genügend abgeklärt worden seien (IV-act. 82).

E.

Der Versicherte liess am 15. Dezember 2009 Beschwerde erheben und die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente beantragen. Zur Begründung führte sein Rechtsvertreter aus, der frühestmögliche Rentenbeginn sei der 1. Dezember 2005, weil sich der Verkehrsunfall am 14. Dezember 2004 ereignet habe. Ohne den Unfall hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2004 Fr. 59'246.- verdient. Aufgrund der Nominallohnentwicklung (1,0%) sei für das Jahr 2005 von Fr. 59'838.- auszugehen. Dieser Betrag sei als Valideneinkommen zu berücksichtigen. Bis zur Begutachtung durch die MEDAS Zentralschweiz sei nie eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 50% bescheinigt worden. Diese Einschätzung gehe auf einen Bericht der Klinik Valens vom 5. September 2005 zurück. Dieser Bericht habe volle Beweiskraft. Das auffällige Aussageverhalten des Beschwerdeführers sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten MEDAS-Untersuchung sei ein deutlicher Hinweis auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dasselbe gelte für das Verhalten während der Notfallhospitalisation.



St.Galler Gerichte

Dieses Verhalten sei Ausfluss einer Erkrankung. der Beschwerdeführer sei einem möglichen Arbeitgeber offensichtlich nicht zumutbar. Die möglichen leidensangepassten Tätigkeiten seien auf dem theoretischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt auf wenige Nischenstellen beschränkt. Deshalb bestehe keine Restarbeitsfähigkeit. Selbst wenn noch eine Resterwerbsfähigkeit vorhanden wäre, könnte sie höchstens 50% betragen. Die MEDAS-Abklärung habe keine zeitliche klinische Untersuchung beinhaltet, weshalb das Gutachten die zuverlässige Einschätzung der Klinik Valens nicht widerlegen könne. Das müsse zumindest bis 30. Juni 2008 gelten, da die MEDAS die Geltung ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung auf die Zeit ab der Untersuchung beschränkt habe. Zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens sei von einem anhand der Lohnstrukturerhebung 2004 ermittelten Einkommen von Fr. 57'566.- auszugehen. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 50% resultiere ein Einkommen von Fr. 28'783.-. Davon seien zusätzlich 25% abzuziehen (Ausländernachteil, Dienstaltersnachteil, Teilzeitnachteil, Verhaltensauffälligkeiten), so dass ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 23'026.- resultiere. Das entspreche einem Invaliditätsgrad von 62%. Selbst bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% würde ein Invaliditätsgrad von 54% resultieren (act. G1).

F.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. März 2010 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung machte sie geltend, auf das Gutachten der MEDAS könne ohne weiteres abgestellt werden, da es den Anforderungen der Rechtsprechung genüge. Der Beschwerdeführer sei weder aufgrund der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit noch aus einem anderen Grund so eingeschränkt, dass für ihn auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine Stellen vorhanden wären. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit von 70% sei im Gutachten auf den 1. Juli 2008 gelegt worden. Die Untersuchung vom 29. Mai 2007 sei aufgrund der Verletzung der Mitwirkungspflicht unterblieben. Die Beweislosigkeit könne nicht ihr, der Beschwerdegegnerin, angerechnet werden, da sie alles versucht habe, um die rechtserheblichen Tatsachen zu klären. Es sei kein zusätzlicher Abzug zu berücksichtigen, da sehr viele Ausländer Hilfsarbeiter seien, so dass ein allfälliger "Ausländernachteil" bereits im Zentralwert enthalten sei. Da der Beschwerdeführer



ganztags arbeitsfähig sei, entfalle auch ein Teilzeitabzug. Im übrigen wäre auch bei einem Teilzeitabzug von 9% kein Anspruch auf eine Rente gegeben (act. G6).

G.

In der Replik vom 22. März 2010 liess der Beschwerdeführer geltend machen, er sei nach dem Unfall vom 5. Februar 2009 zwei Tage in der Klinik St. Pirminsberg hospitalisiert gewesen. Danach sei er in der Tagesklinik, Psychiatrisches Zentrum Trübbach, ambulant psychiatrisch weiterbehandelt worden. Gemäss dem Schreiben von Dr. med. G.____, Psychiatrie-Dienste, vom 23. Februar 2010 habe die Behandlung vom 22. April bis 6. November 2009 kaum Fortschritte gebracht. Der Beschwerdeführer habe sich resigniert-passiv verhalten und sei nicht motiviert gewesen. In seinen affektiven Äusserungen habe er starr und in der Stimmung gedrückt gewirkt. Er leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradig ausgeprägten Episoden mit somatischem Syndrom, an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und an einem posttraumatischen zervikozephalen Schmerzsyndrom bei St. n. zwei Unfällen (2002 und 2004). Die Krankheit sei mittlerweile zu einem chronischen, therapeutisch kaum mehr beeinflussbaren Geschehen geworden. Der Beschwerdeführer schein kaum mehr in der Lage zu sein, seinem Leiden ein wirkungsvolles Handeln entgegen zu setzen. Aufgrund der langen Leidenszeit und der geringen Beeinflussung durch therapeutische Massnahmen sei nicht mehr mit einer wesentlichen Besserung zu rechnen. Es bestünden keine Zweifel, dass es sich bei der Krankheit um einen verfestigten, therapeutisch kaum noch angehbaren Leidenszustand handle. Da man aufgrund der schlechten Sprachkenntnisse wenig über die innere seelische Dynamik habe erfahren können, wäre es verfehlt, sich zur Frage der Bedeutung des Leidens zu äussern. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers führte gestützt auf die Notizen der Tagesklinik weiter aus, der behandelnde Psychiater habe mit dem Beschwerdeführer kein adäquates Gespräch führen können. Der Beschwerdeführer habe keine adäquaten Antworten auf einfache Fragen geben können. Bei ihm sei keine Eigeninitiative spürbar gewesen und er habe die Behandlung gern abbrechen wollen. Er leide an Ganzkörperschmerzen, Kopfschmerzen mit Erbrechen, Schwindel, Alpträumen, Schlafstörungen, Atempausen während der Nacht, Niedergeschlagenheit am Morgen. Er sei affektarm, könne kaum Auskunft geben, sei deutlich depressiv gestimmt, wirke gedrückt und grüblerisch. Sein häuslicher Alltag sei von Rückzug



geprägt. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers führte in rechtlicher Hinsicht aus, der MEDAS hätten nicht die vollständigen SUVA-Akten vorgelegen. Die nach der Begutachtung erstellten medizinischen Akten enthielten wesentliche Informationen, die für die Beurteilung der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung notwendig seien. Die von den Sachverständigen der MEDAS festgestellte Aggravation sei nach der allgemeinen Lebenserfahrung den vorbehandelnden und vorbegutachtenden Ärzten nicht entgangen. Aufgrund der neu vorliegenden Akten der Tagesklinik stehe fest, dass allein schon die somatoforme Schmerzstörung trotz einer zumutbaren Willensanstrengung nicht überwunden werden könnte. Die erste Begutachtung durch die MEDAS sei nicht verweigert worden. Vielmehr sei der Beschwerdeführer schon damals aufgrund seiner Erkrankung nicht in der Lage gewesen, ein taugliches Gespräch zu führen. Der Zentralwert der Löhne der Schweizer Hilfsarbeiter betrage Fr. 4841.-, derjenige der Ausländer Fr. 4500.-. Also gebe es einen Nachteil von 7% (act. G9).

H.

Die Beschwerdegegnerin wandte am 26. April 2010 ein, die Gutachter der MEDAS hätten sich mit den wesentlichen Unterlagen der SUVA auseinandergesetzt. Die geltend gemachten Sprachschwierigkeiten seien unerheblich gewesen, weil die Begutachtung im Beisein einer Dolmetscherin stattgefunden habe, was bei den Gesprächen bei den Psychiatrie-Diensten Süd nicht der Fall gewesen sei. Die Aggravation bzw. die deutliche Tendenz zur Symptomausweitung sei nicht erst im MEDAS-Gutachten diskutiert worden. Auch die Klinik Valens und die Klinik Bellikon hätten darauf hingewiesen (act. G10).

I.

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte am 28. Juni 2010 zwei ärztliche Zeugnisse des Psychiatrie-Zentrums Werdenberg-Sarganserland ein. Er beantragte dem Gericht die Einholung eines ausführlichen Berichts dieser Institution. In den genannten beiden Berichten war eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für die Periode 19. April bis 30. Juni 2010 bestätigt worden (act. G12.1). In einer Eingabe vom 28. März 2011 führte der Rechtsvertreter des



Beschwerdeführers aus, letzterer sei vom 11. Januar bis 25. Februar 2011 wegen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und wegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in der psychiatrischen Klinik St. Pirminsberg in Pfäfers hospitalisiert gewesen. Das Gericht solle schriftliche Auskünfte der Klinik und des Psychiatrie-Zentrums Werdenberg-Sarganserland einholen (act. G14).

Erwägungen:

1.

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten seit der Anmeldung zum Leistungsbezug. Bis zum 1. Januar 2008 (Inkrafttreten der 5. IV-Revision) entstand der Rentenanspruch unabhängig vom Zeitpunkt der Anmeldung in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen war, d.h. mit der Erfüllung des sogenannten Wartejahres (aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG). Bei einer verspäteten Anmeldung zum Leistungsbezug war die Nachzahlung der Rente aber auf die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate beschränkt gewesen (aArt. 48 Abs. 2 IVG). Der Beschwerdeführer hat sich am 25. August 2005 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Nach der geltenden Regelung könnte er also frühestens ab 1. März 2006 einen Anspruch auf eine Invalidenrente haben. Nach der früheren, mit der 5. IV-Revision ausser Kraft gesetzten Regelung wäre ein allfälliger Rentenanspruch mit der Erfüllung des Wartejahres am 14. Dezember 2005 möglich. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) ist in seinem IV-Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 von einer ausfüllungsbedürftigen intertemporalrechtlichen Gesetzeslücke ausgegangen. Es hat vorgeschlagen, diese Lücke durch die Anordnung einer weiteren Anwendbarkeit des an sich aufgehobenen Rechts betreffend den Zeitpunkt der Entstehung des Rentenanspruchs zu füllen. Das solle für jene Fälle gelten, in denen der Versicherungsfall vor dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision eingetreten sei. Das Bundesgericht hat diese Lückenfüllung als rechtmässig betrachtet (vgl. etwa das Urteil 8C_233/2010 vom 7. Januar 2011). Im vorliegenden Fall ist deshalb in Anwendung der altrechtlichen Bestimmungen zu prüfen, wann ein allfälliger Rentenanspruch entstanden ist.



2.

Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das eine versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.1 Der Einkommensvergleich kann erst erfolgen, wenn alle Sachverhaltselemente, auf die sich die Bemessung des Validen- und des zumutbaren Invalideneinkommens abstützt, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens notwendigerweise um eine Prognose handelt, die - unter dem Vorbehalt der Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG - bis zum Erreichen des Pensionierungsalters Bestand haben muss. Diese Prognose beruht auf einer Arbeitsfähigkeitsschätzung, die vom medizinischen Sachverständigen abgegeben wird und die selbst auch wieder eine Prognose ist, weil der medizinische Sachverständige die Frage zu beantworten hat, wie die Arbeitsfähigkeit in der Zukunft aussehen wird. Nur bei einer rückwirkenden Rentenzusprache kann für die Vergangenheit eine "definitive" (d.h. mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisbare) Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben werden. Die Arbeitsfähigkeitsprognose für die Zukunft kann offenkundig nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt werden, da sie keine Tatsache, sondern eben nur eine Erwartung ist. Sie ist nur plausibler als andere mögliche Prognosen. Eine Arbeitsfähigkeitsprognose für die Zukunft, von der mit ausreichender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass sie längerfristig zutreffen wird, kann erst dann abgegeben werden, wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person stabilisiert hat. Mit dem Einkommensvergleich zur Bemessung der (prognostischen) Invalidität muss deshalb zugewartet werden, bis von einem in diesem Sinn stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden kann. Vorher abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzungen haben in aller Regel keinen Beweiswert, da sie nur den aktuellen Zustand wiedergeben, von dem aber nicht zu erwarten ist, dass er längerfristig Bestand haben wird.



2.2 Die medizinischen Sachverständigen der MEDAS Zentralschweiz haben in ihrem Gutachten (vgl. IV-act. 45) eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer der Behinderung angepassten Erwerbstätigkeit von 70% angegeben. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung ist nicht nur auf ihre inhaltliche Überzeugungskraft, sondern auch darauf zu prüfen, ob sie sich auf einen stabilen Gesundheitszustand gestützt hat und deshalb geeignet gewesen ist, als längerfristige Prognose der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens und damit des Invaliditätsgrades zu dienen. Die Sachverständigen der MEDAS haben sich im Gutachten nicht dazu geäußert, ob es sich bei ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung um eine Momentaufnahme im Rahmen eines im Fluss befindlichen Krankheitsgeschehens oder um eine längerfristige Prognose auf der Grundlage einer stabilen gesundheitlichen Situation gehandelt hat. Sie haben aber darauf hingewiesen, dass die bereits laufende Psychotherapie intensiviert und optimiert und dass auch die medikamentöse Behandlung fortgesetzt werden sollte. Auf den ersten Blick scheinen die Sachverständigen der MEDAS damit von einem noch im Fluss befindlichen, weil unmittelbar besserungsfähigen Zustand ausgegangen zu sein. Erfahrungsgemäss weisen medizinische Sachverständige auf die Unmöglichkeit hin, eine verbindliche Arbeitsfähigkeitsprognose abzugeben, wenn der Gesundheitszustand noch nicht stabil ist. Fehlt ein solcher Hinweis, sind die vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen nur längerfristig geeignet, eine Verbesserung zu bewirken, so dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung als Prognose zu verstehen ist und ein allfälliger Erfolg der vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen in der ferneren Zukunft zu einer Veränderung der Arbeitsfähigkeitsschätzung bzw. des Invaliditätsgrades und damit zu einer Revision der laufenden Invalidenrente führen würde. So ist auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Sachverständigen der MEDAS zu interpretieren, d.h. bei der Angabe einer Arbeitsunfähigkeit von 30% hat es sich nach der Überzeugung dieser Sachverständigen um eine auf einen stabilen Gesundheitszustand abstützende und damit längerfristig gültige Arbeitsfähigkeitsprognose gehandelt.

2.3 Bevor die Beschwerdegegnerin gestützt auf diese Arbeitsfähigkeitsschätzung einen Einkommensvergleich hat vornehmen und gestützt darauf hat verfügen können, ist der Beschwerdeführer erneut verunfallt. Die Beschwerdegegnerin hat das Abklärungsverfahren wieder aufgenommen, indem sie den Austrittsbericht des Spitals Grabs angefordert hat. Dieser Bericht hat gezeigt, dass der Beschwerdeführer durch



den Unfall keine Veränderung in seinem somatischen Gesundheitszustand erfahren hat (vgl. IV-act. 62). Hingegen hat dieser Bericht Indizien dafür enthalten, dass sich der psychische Gesundheitszustand verschlechtert haben könnte. Der Beschwerdeführer war nämlich im Spital Grabs psychisch so auffällig gewesen, dass er im Anschluss an die stationäre Notfallbehandlung an die psychiatrische Klinik St. Pirminsberg in Pfäfers überwiesen worden war. Trotzdem hat die Beschwerdegegnerin das Abklärungsverfahren nach dem Eingang des Berichts des Spitals Grabs de facto wieder abgeschlossen. Sie hat also keinen Bericht der psychiatrischen Klinik St. Pirminsberg oder der anschliessend zuständigen Psychiatrie-Dienste Werdenberg-Sargans eingeholt, weil sie davon ausgegangen ist, dass der jüngste Unfall keine Schäden hinterlassen habe, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (vgl. IV-act. 73-2/2). Im Ergebnis muss die Beschwerdegegnerin also davon ausgegangen sein, dass sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers nach der Begutachtung durch die MEDAS Zentralschweiz nicht mehr verändert hatte, also stabil und damit geeignet war, die Grundlage einer plausiblen langfristigen Arbeitsfähigkeitsschätzung zu bilden. Dementsprechend hat sie dem Beschwerdeführer auf der Grundlage einer Arbeitsunfähigkeit von 30% einen abweisenden Vorbescheid zugestellt (vgl. IV-act. 76). In seinem Einwand gegen diesen Vorbescheid hat der Beschwerdeführer keine nach der Begutachtung durch die MEDAS eingetretene Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend gemacht. Die Beschwerdegegnerin hat verfügt, ohne weitere Abklärungen im Hinblick auf die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und auf deren allfällige Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen zu haben. In der Beschwerdebegründung hat sich der Beschwerdeführer wieder nur mit der Überzeugungskraft des MEDAS-Gutachtens auseinandergesetzt. Erst in der Replik hat er Berichte über die psychiatrische Behandlung einreichen lassen. In der fortlaufenden Berichterstattung der Tagesklinik Trübbach über den teilstationären Aufenthalt ist ein Verhalten des Beschwerdeführers geschildert worden, das weitgehend demjenigen anlässlich der MEDAS-Abklärung entsprochen hat. So hat der Beschwerdeführer beispielsweise angegeben, er wisse nicht, ob eine IV-Abklärung im Gang sei und er hat das Alter und die Namen seiner Kinder erst nach längerem Nachdenken angeben können. Der Beschwerdeführer hat sich schwer getan, konkrete Fragen zu seinem Befinden gezielt zu beantworten, während er bei sachlichen und strukturellen Themen keine Beeinträchtigung gezeigt hat. Er hat die teilstationäre Therapie schliesslich



abgebrochen, weil sie ihm nicht gefalle und weil er keine Verbesserung seines Gesundheitszustandes erkennen könne. Die fortlaufende Berichterstattung der Tagesklinik liefert keinen Hinweis darauf, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach der MEDAS-Begutachtung in massgeblicher Weise verändert haben könnte. Dr. G.____ von den Psychiatrie-Diensten hat zwar in seinem Bericht zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers mit Vehemenz eine jede Arbeitsfähigkeit ausschliessende schwere psychische Erkrankung angegeben. Aber auch in diesem Bericht fehlt jedes Indiz für eine nach der MEDAS-Begutachtung eingetretene, für die Arbeitsfähigkeitsschätzung relevante Veränderung des Gesundheitszustandes. Das gilt insbesondere auch für den Hinweis auf ein allfälliges Schlafapnoesyndrom, denn dieses muss bereits seit längerer Zeit bestanden haben. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS hat nämlich auf die Schlafschwierigkeiten und auf die dadurch erheblich eingeschränkte Regenerationsfähigkeit hingewiesen, auch wenn er die Ursache im psychischen Bereich gesehen hat. Damit steht fest, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem trotz des jüngsten Unfalls unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ausgegangen ist und deshalb auf weitere Abklärungen verzichtet hat. Der Gesundheitszustand ist also so stabil gewesen, dass es möglich gewesen ist, eine langfristige Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben. Die angefochtene Verfügung ist demnach nicht verfrüht und damit in Verletzung der Untersuchungspflicht ergangen.

2.4 Zu prüfen bleibt, ob die im Gutachten der MEDAS Zentralschweiz angegebene Arbeitsfähigkeit von 70% in einer der Behinderung angepassten Erwerbstätigkeit überwiegend wahrscheinlich richtig ist.

2.4.1 Die erste medizinische Begutachtung stammt von der Klinik Valens. Aus rheumatologischer Sicht ist dort eine Arbeitsfähigkeit für leichte und wechselbelastende Tätigkeiten von mindestens 50% angegeben worden, weil keine schwerwiegende Pathologie an der HWS festzustellen war. Auch aus psychosomatischer Sicht ist eine Arbeitsfähigkeit von 50% angegeben worden, allerdings mit dem Hinweis darauf, dass nach einer adäquaten Behandlung nach vier bis sechs Monaten eine Reevaluation der Arbeitsfähigkeit erfolgen sollte. Bei diesen Angaben zur Arbeitsfähigkeit hat es sich also nicht um langfristig gültige Schätzungen gehandelt, weil die medizinischen Sachverständigen davon ausgegangen sind, dass



die adäquate Behandlung schnell zu einer Besserung führen werde. Dahinter dürfte aber auch die Erkenntnis gestanden haben, dass der Beschwerdeführer bei der Untersuchung nicht die objektiv bestehende Leistungsfähigkeit gezeigt habe (sehr auffälliges Schmerzverhalten, Selbstlimitierung, inkonsistente Testresultate). Die Arbeitsfähigkeit von 50% kann unter diesen Umständen nur so verstanden werden, dass die Sachverständigen dem Beschwerdeführer die Gelegenheit geben wollten, das übertrieben demonstrative Verhalten aufzugeben und anlässlich der Reevaluation nach vier bis sechs Monaten die Erhebung der objektiven Situation zu ermöglichen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten der Klinik Valens ist also weder als objektiv noch als längerfristig einzuschätzen. Sie kann deshalb nicht gegen die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS Zentralschweiz ins Feld geführt werden. Dafür spricht auch der Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon, in dem ausdrücklich von einer mit grosser Wahrscheinlichkeit vorliegenden Aggravation gesprochen worden ist. Die ausserordentlich pessimistische Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. C. ___ beruht auf einem offensichtlichen Irrtum über die Schwere des Heckaufpralls, der vom Beschwerdeführer offenbar massiv übertrieben geschildert worden war. Dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung muss deshalb jede Überzeugungskraft abgesprochen werden. Die der MEDAS-Abklärung vorausgegangenen, im Abklärungsverfahren der SUVA abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen sind demnach nicht geeignet, Zweifel an der Richtigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS Zentralschweiz zu wecken oder gar mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% oder mehr zu belegen. Die fortlaufende Berichterstattung der Tagesklinik Trübbach schwankt zwischen dem durch den Behandlungsauftrag bewirkten Bemühen, dem Beschwerdeführer die Beschwerdeschilderungen und das massive Krankheitsverhalten zu glauben, und dem im Behandlungsverlauf immer wieder auftauchenden Verdacht der Aggravation. Angesichts dieser Zwiespältigkeit der Einschätzung durch die Therapeuten der Tagesklinik lässt sich nicht nachvollziehen, weshalb Dr. G. ___ mit Vehemenz auf einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers beharrt und den Krankheitszustand als verfestigt und therapeutisch nicht mehr angebar bezeichnet hat. Die Feststellungen während der mehrmonatigen teilstationären Behandlung vermögen diese Einschätzung offenkundig nicht zu erklären. Im übrigen hat Dr. G. ___ selbst die Überzeugungskraft seiner Einschätzung



herabgesetzt, indem er angegeben hat, die schlechten Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers hätten dazu geführt, dass die Therapeuten wenig über die innerseelische Dynamik erfahren hätten, so dass er sich nicht zur Bedeutung des Leidens äussern könne. Dr. G.____ dürfte also bei seiner Qualifikation der Krankheitssituation und seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung nur auf das vom Beschwerdeführer demonstrierte Verhalten abgestellt und es nicht hinterfragt haben. Bei einer kritischen Beobachtung des Verhaltens des Beschwerdeführers und bei voraussetzender Kenntnis der medizinischen Vorgänge hätte Dr. G.____ wohl kaum entgehen können, dass ein aggravatorisches Verhalten vorlag. Auch die nach der Abklärung durch die MEDAS von den behandelnden Ärzten abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen sind also nicht geeignet, die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Sachverständigen der MEDAS zu erschüttern oder gar einen höheren Arbeitsunfähigkeitsgrad mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen.

2.4.2 Die im Rahmen der MEDAS-Begutachtung vorgenommene rheumatologische Untersuchung hat auf einer umfassenden bildgebenden Abklärung beruht. Die klinische Abklärung hingegen ist aufgrund des extremen Schmerzverhaltens des Beschwerdeführers nur teilweise möglich gewesen. Dieses Schmerzverhalten hat sich anhand der Ergebnisse der bildgebenden Abklärung, aber auch anhand der teilweise möglichen klinischen Abklärung nicht nachvollziehen lassen. Der rheumatologische Sachverständige der MEDAS hat überzeugend dargelegt, dass keine organisch fassbaren Befunde vorlägen, die das demonstrierte Beschwerdebild auch nur annähernd erklären könnten; es liege eine wesentliche Überlagerungssymptomatik vor. Aus rheumatologischer Sicht ist der Beschwerdeführer also überwiegend wahrscheinlich zu Recht als in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig qualifiziert worden. Anlässlich der Exploration durch den psychiatrischen Sachverständigen der MEDAS ist das demonstrierte Krankheitsverhalten so offenkundig nicht durch die bestehende Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit zu erklären gewesen, dass der Sachverständige keine Schmerzverdeutlichung, sondern eine Aggravation angenommen hat. Erfahrungsgemäss tritt oft ein verdeutlichendes, aber nur selten ein aggravatorisches Verhalten auf. Gibt ein erfahrener Sachverständiger an, die untersuchte Person habe aggraviert, so muss eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der objektiv bestehenden Krankheit und den



demonstrierten Symptomen bestanden haben. Im vorliegenden Fall sind die objektiv bestehenden Symptome der diagnostizierten psychischen Krankheiten so leicht gewesen, dass sich zum vornherein nur eine geringe Arbeitsunfähigkeit hat begründen lassen. Da die für ein Schlafapnoesyndrom sprechenden Symptome bei der Erhebung der Anamnese nicht vollumfänglich bekannt geworden sind, ist eine fachspezifische Untersuchung im Hinblick auf die Diagnose einer solchen Krankheit unterblieben. Ein Schlafapnoesyndrom kann zwar eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit bewirken, aber es ist gut behandelbar (verschiedene Therapien, z.B. CPAP-Therapie bis hin zu chirurgischer Intervention, vgl. Das MSD Manual, 6. A., München 2000, S. 1714 f.), so dass die Arbeitsfähigkeit nicht auf Dauer relevant sein kann. Die Sachverständigen der MEDAS haben also in ihrer zusammenfassenden, d.h. interdisziplinären Beurteilung den Schlafproblemen und der daraus resultierenden Einschränkung der Regenerationsfähigkeit möglicherweise zu Unrecht einen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeräumt, da ein lege artis behandeltes Schlafapnoesyndrom ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleibt. Ob depressions- und schmerzbedingte Beeinträchtigungen des Antriebs, der Ausdauer, der Konzentrationsfähigkeit und des Selbstvertrauens tatsächlich eine Arbeitsunfähigkeit von 30% auslösen können, ist unter Berücksichtigung der notwendigen zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung dieser Symptome (vgl. die sogenannten Foerster'schen Kriterien) fraglich. Die angegebene Arbeitsunfähigkeit von 30% stellt deshalb auf jeden Fall die oberste Grenze dar. Würde bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30% ein Invaliditätsgrad von 40% oder mehr resultieren, wäre die Sache also zur Ergänzung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

2.5 Der massgebende Unfall ist am 14. Dezember 2004 geschehen. Zur Diskussion steht also ein möglicher Rentenanspruch ab Dezember 2005. Der Einkommensvergleich erfolgt deshalb auf der Grundlage der Einkommen für das Jahr 2005. Die E.____ hat angegeben, der Beschwerdeführer hätte im Jahr 2005 ohne den Gesundheitsschaden Fr. 57'908.- verdient. Dieser Betrag ist als Valideneinkommen in den Einkommensvergleich einzusetzen. Der Beschwerdeführer ist nach dem Unfall keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Sein zumutbares Invalideneinkommen ist deshalb praxisgemäss anhand des Zentralwerts der Hilfsarbeiterlöhne gemäss der Tabelle TA1 im Anhang zu der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen



Lohnstrukturerhebung 2004 zu ermitteln. Die Behauptung des Rechtsvertreters, der Beschwerdeführer sei nur noch in Nischenarbeitsplätzen einsetzbar, ist nicht stichhaltig. Da der Beschwerdeführer nicht auf eine Tätigkeit in einer bestimmten Branche beschränkt ist und da es auch keine Branche gibt, in der er die verbliebene Arbeitsfähigkeit lukrativer als in anderen Branchen verwerten könnte, ist auf den Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne aller Branchen abzustellen. Dieser Zentralwert hat sich im Jahr 2004 auf Fr. 4588.-, umgerechnet von 40 auf den schweizerischen Durchschnitt von 41,6 Wochenarbeitsstunden auf Fr. 4771.52 bzw. Fr. 57'258.- belaufen. Gemäss der Tabelle T1.93 im Anhang der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnentwicklung 2005 sind die Löhne von 2004 bis 2005 nominell um 1,0% angestiegen. Das ergibt ein Ausgangseinkommen zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens von Fr. 57'830.-. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% entspricht das einem Einkommen von Fr. 40'481.-. Gemäss der Tabelle TA12 im Anhang zur Lohnstrukturerhebung 2004 beläuft sich der Zentralwert der Löhne der Schweizer Hilfsarbeiter auf Fr. 4934.-, der Zentralwert der Löhne der niedergelassenen ausländischen Hilfsarbeiter auf Fr. 4723.-. Die Differenz entspricht einem Nachteil von etwas mehr als 4%. Der Teilzeitnachteil bei einem Beschäftigungsgrad von 70% beträgt gemäss der Tabelle T6* der Lohnstrukturerhebung 2004 (S. 25) etwas mehr als 9%. Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers kann der zusätzliche Abzug vom statistischen Durchschnittseinkommen also nicht anhand der Summe der einzelnen statistisch ausgewiesenen Lohnnachteile ermittelt werden. Da es keine Statistik gibt, die alle Nachteile eines ausländischen, teilzeitbeschäftigten, behinderten Hilfsarbeiters in Kombination beinhaltet, muss der zusätzliche Abzug von dem um den Arbeitsunfähigkeitsgrad reduzierten Zentralwert ermessensweise festgelegt werden, wobei dieses Ermessen ausserordentlich weit ist. Im vorliegenden Fall erscheint der Beschwerdeführer aufgrund seines Alters, aufgrund seiner erwerblichen Fähigkeiten und aufgrund seines Charakters und seiner Persönlichkeit als wenig benachteiligt, so dass sich ein Abzug von 10% rechtfertigt. Damit resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 36'433.-. Die behinderungsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 21'475.- entspricht einem Invaliditätsgrad von 37%. Die Beschwerdegegnerin hat also im Ergebnis zu Recht einen Rentenanspruch verneint.

3.



Im Sinn der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 29 Abs. 1^{bis} IVG). Praxisgemäss erweist sich ausgehend von dem als durchschnittlich zu betrachtenden Verfahrensaufwand eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- als angemessen. Diese Gebühr ist durch den Kostenvorschuss von ebenfalls Fr. 600.- gedeckt. Da der Beschwerdeführer unterliegt, ist auch sein Begehren um die Zusprache einer Parteientschädigung abzuweisen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.