



Fall-Nr.: IV 2013/15
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 27.05.2020
Entscheiddatum: 07.04.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 07.04.2015

Invalidität, Art. 8 Abs. 1 ATSG: Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung, eines chronifizierten Schmerzsyndroms und rezidivierender depressiver Störungen wechselnden Grades. Abstellen auf ein rund zwei Jahre vor der angefochtenen Verfügung erstattetes MEDAS-Gutachten. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. April 2015, IV 2013/15).

Entscheid Versicherungsgericht, 07.04.2015

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Entscheid vom 7. April 2015

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 3. Oktober 2006 erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Als Grund für die Anmeldung gab er Schmerzen an der rechten Schulter, an Muskeln, Gelenken und Rücken sowie psychische Beschwerden an (IV-act. 1-6).

A.b Eine interdisziplinäre Untersuchung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst Ostschweiz (RAD) am 27. Juni 2007 (IV-act. 31) ergab als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein generalisiertes Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates (ICD-10: F45.4) und eine chronische Periarthropathia humeroscapularis rechts (ICD-10: M75.1) bei Status nach arthroskopischer Bursektomie, bei Akromioplastik und subtotaler AC-Gelenkresektion, bei AC-Gelenksarthrose, leichter Atrophie des M. infraspinatus und M. deltoideus, bei Status nach Ruptur der langen Bizepssehne 1993 und bei leichten Zeichen einer Symptomausweitung (IV-act. 31-4). In seiner angestammten Tätigkeit auf dem Bau bestehe seit Oktober 2005 eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer adaptierten Tätigkeit (leichte Wechselbelastung mit Handhabung von Gewichten bis 5 kg, ohne grössere Gehstrecken, unter Vermeidung von Zwangspositionen und Überkopfarbeiten) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 31-5 f.). In psychiatrischer Hinsicht wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.25) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (IV-act. 31-11).

A.c Ab 15. August 2007 war der Versicherte in der psychiatrischen Klinik B.____ hospitalisiert. Gemäss Bericht vom 26. November 2007 (IV-act. 45) wurden dem Versicherten folgende klinisch-psychiatrische Diagnosen gestellt: Mehrfachbelastung (Migration, Arbeitslosigkeit) unter dem Bild einer Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), Differenzialdiagnose



St.Galler Gerichte

mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10: F13.21).

A.d Nach entsprechendem Vorbescheidverfahren (IV-act. 37, 41) verfügte die IV-Stelle am 9. Januar 2008 die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 3,86 % (IV-act. 51). Sie stützte sich dabei auf den Bericht des RAD und dessen Stellungnahme, wonach aus dem Bericht der psychiatrischen Klinik B.____ keine Veränderung des Gesundheitszustandes hervorgehe (IV-act. 46).

A.e Mit Arztzeugnis vom 19. April 2008 bescheinigte Dr. med. C.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.11) sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) bei Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.8). Der Versicherte sei aufgrund psychiatrischer Symptomatik aktuell zu 70 % arbeitsunfähig (IV-act. 56-2). Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Medizin, berichtete am 30. Mai 2008, aufgrund des chronischen Schmerzzustandes bestehe eine gewisse Suizidalität; eine Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht gegeben (IV-act. 62).

A.f Mit Entscheid IV 2008/81 vom 28. August 2009 wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Januar 2008 ab (IV 2008/81, IV-act. 69). Es erwog insbesondere, die Frage, ob die von Dr. C.____ beurteilte Arbeitsunfähigkeit von 70 % die Verhältnisse vor Erlass der angefochtenen Verfügung beschlage, könne offen bleiben, denn aus ihrem Zeugnis ergäben sich keine fassbaren Anhaltspunkte gegen die Beurteilung der RAD-Gutachter (IV-act. 69-11). Der Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

A.g In ihrem Bericht vom 30. November 2009 hielt Dr. C.____ als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (F33.1) bei Merkmalen einer anankastischen Persönlichkeitsstruktur, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.8) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) fest. Aktuell sei der Versicherte in seiner



St.Galler Gerichte

bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter 100 % arbeitsunfähig und in einer seinen Beschwerden angepassten Arbeit zu 70 % (IV-act. 75).

A.h Am 4. Dezember 2009 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 74).

A.i Dr. Dr. med. E.____, Allgemeine Medizin FMH Chirurgie, berichtete am 6. März 2010, er betreue den Versicherten seit etwa zwei Jahren. Dieser leide unter schweren depressiven Reaktionen (F43.21), Somatisierungsstörungen (F45.0), anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (F45.4), schweren depressiven Episoden mit somatischem Syndrom (F31.5), Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom (F13.21) sowie sonstiger andauernder Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.8). Der Versicherte sei aufgrund all dieser Diagnosen zu 100 % in jeglichen Tätigkeiten arbeitsunfähig (IV-act. 80).

A.j Am 28. Dezember 2010 erstattete die MEDAS Ostschweiz ein interdisziplinäres Gutachten (IV-act. 97). Als Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit wurden eine depressive Störung, derzeit leichten Grades mit somatischem Syndrom, ein generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden, ein Status nach arthroskopischem Eingriff rechte Schulter mit Bursektomie, Akromioplastik und subtotaler AC-Geklenks-Resektion 05/2006, Abriss der langen Bizepssehne sowie persistierende PHS-Beschwerden festgehalten. Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, akzentuiert narzisstische Züge in der Persönlichkeitsstruktur, Adipositas, eine arterielle Hypertonie, ein Status nach Operation einer epigastrischen Hernie 04/2009 sowie einer Inguinalhernie links 1999, rechts 2001 und anamnestisch ein Lungenemphysem vermerkt (IV-act. 97-10 f.). In Bezug auf die frühere Tätigkeit als ungelernter Bauarbeiter schlossen die Gutachter, diese sei weiterhin nicht zumutbar. In körperlich adaptierten Tätigkeiten bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 %, da der Versicherte aufgrund der subjektiv empfundenen Schmerzen mehr Pausen bzw. längere Erholungsphasen brauche (IV-act. 97-12 f.).



St.Galler Gerichte

A.k Dr. med. F.____, RAD, befand am 16. Februar 2011, auf das MEDAS-Gutachten könne abgestellt werden; es sei ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar. Im Vergleich zur medizinischen Referenzsachlage habe sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht leicht verschlechtert (IV-act. 98).

A.l Am 16. September 2011 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, es bestehe Anspruch auf Arbeitsvermittlung (IV-act. 108).

A.mEine Behandlung an der Tagesklinik des psychiatrischen Zentrums G.____ vom 28. November 2011 bis 15. Dezember 2011 wurde wegen starker Schmerzen vorzeitig abgebrochen (IV-act. 124).

A.n Dr. C.____ diagnostizierte am 21. August 2012 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10:F.33.2). Aufgrund seiner Schmerzen sei der Versicherte für die bisherige Tätigkeit als Hilfs-Bauarbeiter 100 % arbeitsunfähig. Es sei inzwischen eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom entstanden, so dass eine volle Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit bestehe (IV-act. 150-3 f.).

A.o Dr. F.____ stellte am 18. September 2012 fest, mit den neu eingereichten Unterlagen sei keine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung seit dem MEDAS-Gutachten vom Dezember 2010 belegt. Weiterhin stehe die somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund. Die von Dr. C.____ angegebene Verschlechterung des Gesundheitszustands mit schwerer depressiver Episode und psychotischen Symptomen sei medizinisch nicht nachvollziehbar. Im Vordergrund stehe weiterhin das Schmerzsyndrom. Ihre Beurteilung entspreche ihrem Arztzeugnis vom September 2010. Zusammengefasst könne weiterhin auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden (IV-act. 151).

A.p Nach entsprechendem Vorbescheidverfahren (IV-act. 156-2 ff.; IV-act. 157) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Dezember 2012 das Leistungsbegehren ab und verneinte einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 23 %. Mit den neu eingereichten medizinischen Unterlagen sei keine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem MEDAS-Gutachten vom



Dezember 2010 belegt. Fortgeschrittenes Alter, schlechte Deutschkenntnisse und fehlende Ausbildung begründeten keinen Tabellenlohnabzug. Diese Faktoren seien invaliditätsfremd und wirkten sich bereits beim Valideneinkommen aus (IV-act. 165).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 6. Dezember 2012 liess der Versicherte mit Eingabe vom 10. Januar 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihm eine angemessene IV-Rente zuzusprechen. Eventuell sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Es seien ihm die unentgeltliche Prozessführung und -verbeiständung zu gewähren. Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, die Berichte der psychiatrischen Klinik B.____ vom 17. Januar 2008 und das Arztzeugnis von Dr. C.____ belegten eine erhebliche Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustands. Diese würden sich (zwar) auf einen Zeitraum nach dem Erlass der Verfügung vom 9. Januar 2008 beziehen, hätten jedoch die Beschwerdegegnerin verpflichtet, von sich aus ein Revisionsverfahren einzuleiten (act. G 1-6). Aufgrund der Persönlichkeitsänderung sei entsprechend der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin und entgegen der Stellungnahme des RAD eine volle Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit ausgewiesen und von einem Anspruch auf eine ganze Invalidenrente auszugehen (act. G 1-7 f.). Der Bericht der Tagesklinik des psychiatrischen Zentrums G.____ vom 9. Januar 2012 bestätige zudem eine nochmalige Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der der angefochtenen Verfügung zugrundeliegenden Begutachtung. Im Zweifelsfalle sei daher eine Neubegutachtung unter Berücksichtigung der erweiterten Problematik zu veranlassen (act. G 1-8). Selbst wenn mit der Beschwerdegegnerin und dem RAD von einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen wäre, würde sich beim Invalideneinkommen ein Tabellenlohnabzug von 25 % rechtfertigen. Daraus würde ein Invaliditätsgrad von 42,6 % und damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente resultieren (act. G 1-9 f.).

B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Dem MEDAS-Gutachten komme grundsätzlich volle Beweiskraft zu. Die Berichte von Dr. C.____ seien



insofern nicht schlüssig, als sie die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung und die Persönlichkeitsänderung aus dem Tod der ältesten Tochter des Beschwerdeführers im Jahre 1979 ableite, obwohl der Beschwerdeführer noch bis Oktober 2005 vollzeitlich gearbeitet habe. Sodann entspreche es einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung zugunsten ihrer Patienten aussagten. In Bezug auf die erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen komme dem MEDAS-Gutachten volle Beweiskraft zu. Hingegen sei die festgestellte leichte depressive Störung nicht invalidisierend. Abweichend vom MEDAS-Gutachten sei daher von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (act. G 5-3 ff.). Da der Beschwerdeführer nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen könne, sei ein Tabellenlohnabzug von 10 % gerechtfertigt. Daraus ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 13 %, der keinen Rentenanspruch begründe (act. G 5-5 f.).

B.c Mit Replik vom 18. März 2013 (act. G 8) lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen ausführen, das Gutachten beurteile nicht seinen aktuellen Gesundheitszustand (act. G 8-2,3). Entgegen der Interpretation der Beschwerdegegnerin begründe Dr. C.____ die Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mit dem Tod seiner Tochter, sondern mit dem vorliegenden Zwangsverhalten und dem chronifizierenden Verlauf. Die schwere depressive Störung werde nicht schwergewichtig aus der Schmerzstörung, sondern auch aus der eingeschränkten Lebensqualität und dem Verlust an Selbstwertgefühl abgeleitet (act. G 8-3). Er nehme das Antidepressivum Duloxetine regelmässig ein, was gegen den Schluss der Beschwerdeführerin spreche, er fühle sich nicht depressiv (act. G 8-3 f.). Der Tabellenlohnabzug sei in weit höherem Masse gerechtfertigt als von der Beschwerdegegnerin zugestanden (act. G 8-4).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

Erwägungen:

1.

Die angefochtene Verfügung hat ausschliesslich den Rentenanspruch zum Gegenstand, auch wenn im Dispositiv das "Leistungsbegehren" abgewiesen wird (IV-



act. 165). Allfällige Ansprüche auf medizinische oder berufliche Massnahmen bilden somit nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

2.

2.1 Unter Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zu verstehen. Dabei bedeutet Erwerbsunfähigkeit der durch die Beeinträchtigung der 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).

2.2 Der Invaliditätsgrad wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt; er bestimmt sich aus dem Verhältnis zwischen dem Einkommen, welches die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann oder könnte (dem so genannten zumutbaren Invalideneinkommen) und dem Einkommen, welches die betroffene Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (dem so genannten Valideneinkommen). Fehlt es an konkreten Einkommensverhältnissen, wird auf Tabellenlöhne abgestellt.

2.3 Beträgt der Invaliditätsgrad mindestens 70 %, hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Invalidenrente; bei einem Invaliditätsgrad von 60 % bis 69 % richtet die IV eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bis 59 % eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von wenigstens 40 % eine Viertelsrente aus (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]).

3.

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines



Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

3.2 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht der Richter bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f. E. 3 b/aa). Vom MEDAS erstellte Administrativgutachten sind voll beweiswertig, sofern nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteil des Bundesgerichtes vom 29. Oktober 2014, 9C_49/2014 E. 4.1 mit Hinweisen auf BGE 125 V 353 E. 3b/bb und 137 V 236 E. 2.3). Sie sind mithin in ihrem Beweiswert den Gerichtsgutachten gleichgestellt.

3.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, kann das Gericht die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, N 62 zu Art. 61).

4.



4.1 Zwischen den Parteien ist umstritten, ob in angepasster Tätigkeit eine volle beziehungsweise eine 80 %ige oder aber gar keine Arbeitsfähigkeit besteht. Insbesondere stellen sich die Fragen, inwieweit auf das MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 abzustellen ist, und ob die aufgrund der Schmerzen gestellten Diagnosen invalidisierend sind.

4.2 Im MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 wurden dem Beschwerdeführer unter anderem eine depressive Störung, derzeit leichten Grades, ein generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom sowie eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (IV-act. 97-10 f.). Die Gutachter gelangten zum Schluss, die früher ausgeübte Tätigkeit als ungelernter Bauarbeiter sei weiterhin nicht zumutbar. In adaptierter Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 %, weil der Beschwerdeführer aufgrund der subjektiv empfundenen Schmerzen mehr Pausen bzw. längere Erholungsphasen brauche (IV-act. 97-12 f.). Dr. C.____ berichtete am 21. August 2012 von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode. Es bestehe sowohl in der angestammten als auch in angepasster Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 150-3 f.). Dr. F.____, RAD, befand, eine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem MEDAS-Gutachten sei damit nicht nachgewiesen und folglich könne weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden (IV-act. 151).

4.3 Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, auf das Gutachten könne nicht abgestellt werden, da sich sein Gesundheitszustand seit der Begutachtung wesentlich verschlechtert habe. Es sei mithin auf die von ihm eingereichten seitherigen Berichte - namentlich denjenigen vom 21. August 2012 von Dr. C.____ - abzustellen, oder aber eine erneute Begutachtung zu veranlassen.

4.4 Das MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 erweist sich als schlüssig und nachvollziehbar; es beruht auf Untersuchungen des Beschwerdeführers und berücksichtigt die von ihm angegebenen Beschwerden sowie die massgeblichen Akten. Der psychiatrische Consiliargutachter, Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob eine umfassende Anamnese (IV-act. 97-17 ff.). Die Befunde gründen auf eigenen Beobachtungen und auf Fragebogen (Testuntersuchungen) (IV-act. 97-21 f.). In der Beurteilung setzt er sich mit der



Untersuchung durch den RAD vom 27. Juni 2007 auseinander und beschreibt die seitherige Entwicklung, insbesondere das Übergehen der Anpassungsstörung in eine depressive Störung und das Auftreten narzisstischer Züge in der Persönlichkeitsstruktur (IV-act. 97-23). Nachvollziehbar erscheinen auch sein Schluss vom Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchung und der laborchemisch festgestellten teilweisen Nichteinnahme der verschriebenen Medikamente in Bezug auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie seine Beurteilung hinsichtlich entsprechender invalidisierender Faktoren (IV-act. 97-22 ff.). Das Hauptgutachten stützt sich ebenfalls auf die vorhandenen Akten, eine ausführliche Anamnese und auf eine an zwei Tagen durchgeführte Untersuchung (IV-act. 97-1 ff.). Es bezieht die vorhandenen Akten in die Beurteilung ein und beantwortet die Gutachterfragen schlüssig (IV-act. 97-11 f.). Es ist daher darüber zu befinden, ob auch in Berücksichtigung des Zeitablaufs bis zur Verfügung vom 6. Dezember 2012 darauf abgestellt werden kann. Dabei ist in Betracht zu ziehen, dass der Sachverhalt im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1) massgebend ist. Der Zeitablauf seit Erstattung des Gutachtens steht dessen Relevanz nicht von vornherein entgegen. Es ist somit im Folgenden anhand der Akten zu beurteilen, ob ausreichend Anhaltspunkte dafür bestehen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen der Begutachtung im Oktober 2010 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung in relevanter Weise verschlechtert hat.

4.5

4.5.1 Anlässlich seiner Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums G.____ im November/Dezember 2011 wurden dem Beschwerdeführer eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), diagnostiziert. Beim Eintritt habe der Beschwerdeführer sehr zurückhaltend und teilweise dysphorisch, im Affekt tendenziell depressiv verschoben, im Antrieb unauffällig gewirkt. Psychomotorisch sei er unauffällig bzw. eher verlangsamt und teilweise unruhig gewesen aufgrund von durch den Körper wandernden Schmerzen. Es habe keine Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden. Wegen der bekannten Schmerzen sei es immer wieder zu Fehltagen gekommen, so dass der Beschwerdeführer von den knapp



drei Wochen Aufenthalt in der Tagesklinik nahezu die Hälfte gefehlt habe. Aufgrund der geringen Anwesenheit sei es ihm schwer gefallen, sich in den tagesklinischen Alltag sowie die Patientengruppe zu integrieren. Während seiner Anwesenheit sei er durch seine Schmerzen so beeinträchtigt gewesen, dass er sehr viele Pausen benötigt habe oder nur passiv an den Therapiesitzungen teilnehmen könne. Der Beschwerdeführer habe am 15. Dezember (2011) die tagesklinische Behandlung vorzeitig abgebrochen. Aufgrund der vielen Schmerzen habe er am Behandlungsprogramm nicht teilnehmen können (IV-act. 124).

4.5.2 Am Muskelzentrum/ALS clinic des Kantonsspitals St. Gallen erhielt der Beschwerdeführer am 18. Januar 2012 die Diagnose eines schweren chronifizierten Schmerzsyndroms (ICD-10 R52.2). Anamnestisch wurde festgehalten, nachdem die Schmerzen zunächst mit "Spritzen" behandelt worden seien, seien sie etwa 2004 in der Schulter erneut aufgetreten, dann im rechten Arm. Heute leide er am ganzen Körper, insbesondere in den Gelenken, an Schmerzen. Seit Oktober 2005 könne er nicht mehr arbeiten. Der Beschwerdeführer sei 2006/2007 während fünf Monaten in der psychiatrischen Abteilung B.____ und während mehrerer Wochen in der Abteilung I.____ stationär behandelt worden. Beurteilend wurde vermerkt, es bestehe ein stark chronifiziertes Schmerzsyndrom, das den ganzen Körper betreffe. Möglicherweise bestünden eine gewisse Radikulopathie und eine zervikale spinale Enge als somatische Korrelate als Ausgangspunkt für das chronifizierte Schmerzsyndrom. Nach mehrjährigen Therapieversuchen hätten die Schmerzen selbst nicht durchbrochen werden können. Aktuell bestehe eine sehr weit ausgebaute medikamentöse Therapie mit mehreren zentralwirksamen Medikamenten (IV-act. 123). Ein MRT vom 2. Februar 2012 zeigte eine moderate Spondylose der LWS, eine leichtgradige Spondylarthrose L3-S1, eine neural nicht kompromittierende flachbogige Diskusprotusion L5/S1 und L4/5 sowie eine moderate Spondylose TH10-TH12 (IV-act. 132). Eine zervikovertebrale Kernspintomographie am 3. Februar 2012 machte eine mässige Spondylose C5-C7 sowie eine kleinvolumige rechts lateral und rechts foraminal reichende Diskushernie C6/7 mit möglicher Irritation der Wurzel C7 rechts sichtbar (IV-act. 129). Dr. med. C.____, Facharzt für Neurochirurgie, stellte am 14. März 2012 fest, dass insgesamt die Veränderungen leicht progredient seien; die Bandscheibenprotrusion C6/7 sei zum Teil resorbiert, dafür seien die Veränderungen bei C3/4 deutlicher zu sehen (IV-act. 141).



St.Galler Gerichte

4.5.3 Am 17. April 2012 vermerkte die Eingliederungsverantwortliche in ihrem Schlussbericht, subjektiv sehe sich der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (IV-act. 140-1).

4.5.4 Dr. E.____ beurteilte am 12. Juli 2012 den Gesundheitszustand als stationär. Der Versicherte sei aufgrund seiner multiplen Krankheiten für jegliche Tätigkeiten 100% arbeitsunfähig. Es seien ihm weder die bisherige noch andere Tätigkeiten zumutbar (IV-act. 148). Dr. C.____ berichtete am 21. August 2012 von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10:F33.2). Die somatoforme Schmerzstörung habe sich soweit verschlechtert, dass der Beschwerdeführer nunmehr eine vita minima lebe. Er werde von Schmerzen tags und nachts geplagt, fühle sich inzwischen vollkommen nutzlos mit massivem Verlust des Selbstwertgefühls. Er könne seit Oktober 2005 nicht mehr arbeiten, alle Therapieversuche mit verschiedenen Schmerzmitteln und Antidepressiva hätten keine Besserung seines Zustandes gebracht. Es handle sich um eine schwere chronische Krankheit, die von entsprechenden psychosozialen Problemen begleitet werde (IV-act. 150-1).

4.6

4.6.1 In den während des fraglichen Zeitraums entstandenen Berichten wurden beim Beschwerdeführer keine wesentlichen neuen Diagnosen gestellt; vielmehr ziehen sich die somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise das chronifizierte Schmerzsyndrom einerseits und die in ihrer Schwere wechselnd verlaufenden depressiven Episoden andererseits durch den gesamten Aktenverlauf. Zu prüfen ist daher, ob die durch die diagnostizierten Krankheiten verursachten Beschwerden - wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht - wesentlich zugenommen haben. Ein entsprechender Anhaltspunkt kann den verschriebenen Medikamenten entnommen werden: Anlässlich des psychiatrischen Konsiliums vom 27. Oktober 2010 im Rahmen der MEDAS-Begutachtung gab der Beschwerdeführer an, er nehme täglich 60 mg des Medikamentes Cymbalta ein (ein Antidepressivum mit dem Wirkstoff Duloxetine; vgl. dazu und zu den übrigen Medikamenten: www.compendium.ch) (IV-act. 97-4, 97-18). In den Berichten der Tagesklinik des psychiatrischen Zentrums G.____ vom 9. Januar 2012 und des Kantonsspitals St.Gallen vom 19. Januar 2012 ist dieselbe Dosis



aufgeführt (IV-act. 126-2; IV-act. 123-2). Vom Medikament Seroquel (Wirkstoff Quetiapin, ein Psychopharmakum) sind jeweils 100 mg, 50 mg und dann wieder 100 mg aufgeführt (IV-act. 97-4, 97-18, 126-2, 123-2). Vom Arzneimittel Trittico (Wirkstoff Trazodon, ein Antidepressivum) nahm der Beschwerdeführer nach eigener (uneinheitlicher) Aussage im Oktober 2010 morgens 100 mg und abends 300 mg ein (IV-act. 97-4, 97-18); in den Berichten vom Januar 2012 ist jeweils eine abendliche Einnahme von 100 mg vermerkt (IV-act. 126-2, 123-2). Sodann ist im MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 und im Bericht vom 19. Januar 2012 die Einnahme von zweimal 500 mg Proxen (Wirkstoff Naproxen, ein Rheumamittel) angegeben (IV-act. 97-4, 123-2). Beim Arzneimittel Lyrika (Wirkstoff Pregabalin, u.a. ein Schmerzmittel) wurde die tägliche Dosis von 450 mg auf 225 mg bzw. 300 mg reduziert (IV-act. 97-4, 126-2, 123-2). In den Berichten vom Januar 2012 nicht mehr aufgelistet ist das im Gutachten noch erwähnte Schmerzmittel Diclofenac (ein Rheumamittel, IV-act. 97-4). Die weiteren aufgeführten Arzneien (Antra, Esomep, Blopress, Bilol, Inegy, Bisoprol (richtig: Bisoprolol) (vgl. IV-act. 97-4, 126-2, 123-2) dienen der Behandlung des Refluxes, des Bluthochdrucks und des erhöhten Cholesterinspiegels und sind im vorliegenden Zusammenhang daher nicht von Belang. Es ist folglich nicht ausgewiesen, dass dem Beschwerdeführer im fraglichen Zeitraum zusätzliche Schmerzmittel oder Psychopharmaka oder höhere Dosen davon hätten verabreicht werden müssen. In diesem Zusammenhang ist ferner darauf hinzuweisen, dass die tatsächliche Einnahme der Medikamente gemäss MEDAS-Gutachten laborchemisch teilweise nicht nachgewiesen und daher bezweifelt wurde (IV-act. 97-8, 9, 13, 23); dies wirft die Frage auf, ob die betreffenden Medikamente bzw. die verschriebenen Dosen im subjektiven Empfinden des Beschwerdeführers überhaupt notwendig waren. Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer im Laufe der Zeit seine Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme gesteigert hätte, bestehen im Übrigen nicht.

4.6.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich in den Akten keine diagnostischen oder klinisch bzw. befundmässig fassbaren Hinweise finden, welche in objektiver Weise belegen oder auch nur plausibel erscheinen lassen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Nachgang zur Begutachtung (Gutachten vom 28. Dezember 2010) wesentlich verschlechtert hätte. Nicht zuletzt die Medikamenteneinnahme und die Äusserung des Beschwerdeführers im April 2012 gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen (vgl. Erwägung 4.5.3) zeigen, dass



zumindest eine dauerhafte Zunahme der Schmerzen und/oder der Depression nicht bewiesen ist. Auf das MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2010 kann daher nach wie vor abgestellt werden.

5.

5.1 Der Beschwerdeführer erzielte als Bauarbeiter im Jahre 2004 ein tatsächliches Einkommen von Fr. 59'160.-- (IV-act. 6; 10-2). Teuerungsbereinigt beläuft sich der effektive Jahreslohn auf Fr. 65'540.30 (Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung [LE] 2013 T 39, Index Männer 2004: 1975; Index Männer 2012: 2188). Demgegenüber beträgt der entsprechende Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE) 2012 Fr. 5'430.-- (TA1, Baugewerbe, Kompetenzniveau 1 Männer). Hochgerechnet auf 41.5 Wochenstunden und 12 Monate beläuft sich der Tabellenlohn auf Fr. 67'603.50. Damit erweist sich das massgebliche tatsächliche Einkommen als unterdurchschnittlich.

5.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand durch Heraufsetzung des Valideneinkommens oder durch eine entsprechende Herabsetzung des Invalideneinkommens Rechnung zu tragen (Parallelisierung der Einkommen; BGE 135 V 297 E. 5.1 mit weiteren Verweisen). Gemäss der Rechtsprechung ist zu parallelisieren, wenn das tatsächliche Einkommen mindestens 5 % unter dem Durchschnittswert liegt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2), und die Anpassung ist in dem Masse vorzunehmen, als die Differenz zum Durchschnittseinkommen 5 % überschreitet (BGE 135 V 297 E. 6.1.3). Vorliegend erreicht das Ausmass der Unterdurchschnittlichkeit den relevanten Wert von 5 % nicht, weshalb nicht zu parallelisieren ist und das massgebliche Valideneinkommen Fr. 65'540.30 beträgt (Basis 2012).

5.3 Für das Invalideneinkommen ist vom Tabellenlohn TA1 für allgemeine Hilfsarbeiten gemäss LSE 2012 Männer Kompetenzniveau 1 auszugehen. Dieser beträgt Fr. 5'210.-- und hochgerechnet auf 41,7 Wochenstunden und 12 Monate Fr. 65'177.10. Dies entspricht dem Invalideneinkommen bei voller Arbeitsfähigkeit ohne Tabellenlohnabzug. Bei einer gemäss MEDAS-Gutachten anzunehmenden



Arbeitsfähigkeit von 80 % ergibt sich ein Einkommen von Fr. 52'142.-- (0.8 x Fr. 65'177.--).

5.4

5.4.1 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit weiteren Verweisen).

5.4.2 Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer seit rund zehn Jahren nicht mehr arbeitstätig war. Sodann dürfte sich sein Alter lohnmindernd auswirken. Nicht massgeblich in Betracht fällt jedoch der ausländerrechtliche Status, reiste der Beschwerdeführer doch gemäss eigenen Angaben am 15. März 1992 in die Schweiz ein (IV-act. 1-3) und verfügt über die Niederlassungsbewilligung (IV-act. 2-1). Die Zubilligung des maximalen Tabellenlohnabzuges von 25 % erscheint unter den gegebenen Umständen nicht gerechtfertigt. Die exakte Festsetzung des Tabellenlohnabzuges kann vorliegend unterbleiben, wie sich nachfolgend ergibt.

5.5 Würde man einen Tabellenlohnabzug von 20 % anerkennen, würde ein Invalideneinkommen von Fr. 41'713.-- (\times Fr. 65'177.-- \times 0,8 \times 0,8) resultieren, womit der Invaliditätsgrad lediglich 36 % erreichen würde. Damit liegt er jedenfalls unter der



rentenbegründenden Schwelle von 40%. Es kann somit offen bleiben, ob die von der MEDAS diagnostizierten psychischen Leiden im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung invalidisierend sind oder ob, wie dies die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vorbringt (act. G 5-3), von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

6.

Der unterliegende Beschwerdeführer hat die gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen. Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist er allerdings von der Bezahlung dieser Gebühr zu befreien. Der Staat hat seinen Rechtsvertreter zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung mit 80 Prozent des angesichts des durchschnittlichen Vertretungsaufwandes pauschal auf Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzenden Honorars, folglich mit Fr. 2'800.--, zu entschädigen. Sollten es die wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteidigung verpflichtet werden (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer wird zufolge unentgeltlicher Prozessführung von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat hat dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung eine Entschädigung von Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten.