



Fall-Nr.: IV 2013/181
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2020
Entscheiddatum: 17.12.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 17.12.2014

Art. 8 Abs. 1 ATSG. Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit wegen einer phasenweise mittel- bis schwergradigen depressiven Störung. Liegt eine diagnostizierte psychiatrische Erkrankung vor, ist es irrelevant, ob diese durch psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren (mit-)verursacht oder verstärkt worden ist. Gutheissung der Beschwerde und Zusprache einer ganzen Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Dezember 2014, IV 2013/181). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_37/2015.

Entscheid Versicherungsgericht, 17.12.2014

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Lea Locher

Entscheid vom 17. Dezember 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Zogg, Kieser Senn Partner,
Ulrichstrasse 14, 8032 Zürich,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ wurde von seiner Arbeitgeberin, der B.____ AG, am 14. Oktober 2008 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zur Früherfassung angemeldet (IV-act. 2). Die Arbeitgeberin gab an, dass der Versicherte seit dem 6. März 2008 wegen eines Nabelbruchs zu 100 % arbeitsunfähig sei. Nach Aufforderung durch die IV-Stelle (IV-act. 4) reichte der Versicherte das Anmeldeformular am 3. November 2008 ein (IV-act. 5). Er gab an, im September 1994 von C.____ in die Schweiz eingereist zu sein. Nach dem Gymnasialabschluss habe er Militärdienst geleistet. Sein erlernter Beruf sei Polizist. Seit 1998 arbeite er zu 100 % als Maschinenführer bei der B.____ AG. Seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien durch zwei Unfälle (29. Juni 2006 und 31. Januar 2007) herbeigeführt worden.

A.b Bei einem telefonischen Gespräch am 11. November 2008 gab Dr. med. D.____, Psychiatrie FMH, gegenüber der RAD-Ärztin Dr. E.____ an, der Versicherte befinde sich seit dem 19. August 2008 zweimal pro Woche bei ihm in Behandlung (unterzeichnetes Gesprächsprotokoll: IV-act. 16). Er leide an einer schweren, bereits chronifizierten Depression und zusätzlich an somatischen Problemen wegen einer Umbilicalhernienoperation im März 2008 (gestörte Schmerzverarbeitung). Der Gesundheitszustand sei instabil und der Versicherte zurzeit nicht arbeitsfähig.

A.c Dr. med. F.____, Facharzt für innere Medizin FMH, gab am 21. November bzw. 25. Dezember 2008 gegenüber der RAD-Ärztin Dr. E.____ an, der Versicherte sei wegen chronischer Schmerzen und einer schweren Depression seit dem 6. März 2008 zu 100 % arbeitsunfähig (unterzeichnetes Gesprächsprotokoll: IV-act. 26 - 1 f.). Einem beigelegten Bericht vom 19. August 2008 (IV-act. 26 - 7 ff.) war zu entnehmen, dass Prof. Dr. med. G.____ vom H.____ die folgenden Diagnosen gestellt hatte: Starke



St.Galler Gerichte

Narbenschmerzen im Nabelbereich, Verdacht auf kleines infraumbilikales Hernienrezidiv, Status nach Nabelhernienplastik am 3. Mai 2002, Status nach Fasziendoppelung bei supraumbilikaler epigastrischer Hernie am 7. März 2007, Status nach Hernienrezidiv im Nabelbereich 2007, Status nach Narbenhernienplastik mit einem Kugel-Patch am 17. März 2008, Status nach postoperativem Wundinfekt und VAC-Behandlung im März/April 2008, Status nach Exzision und Débridement eines Restabszesses am 20. Juni 2008, chronische Obstipation und rezidivierende Migräneanfälle. Prof. G.____ hatte eine Revision und erneute Narbenhernienplastik mit Netzimplantation empfohlen. Die Entfernung des Kugel-Patches sei die einzige Chance, den Zustand zu verbessern und die Schmerzen zu verringern. Eine Garantie, dass die Schmerzen postoperativ verschwunden seien, gebe es nicht. Zudem bestehe ein erhöhtes Infektrisiko. Am 27. November 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass wegen seines Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 20).

A.d Im Fragebogen für Arbeitgebende vom 8. Dezember 2008 (IV-act. 25) gab die B.____ AG an, sie beschäftige den Versicherten seit dem 1. Juli 1998 als Maschinenführer. Sein Lohn betrage seit dem 1. Januar 2008 Fr. 49'902.10. Die Tätigkeit beinhalte u.a. das häufige Heben, Tragen, Ziehen und Stossen von Lasten bis 25 kg, manchmal auch von Lasten über 25 kg. Gemäss dem IK-Auszug hatte das beitragspflichtige Einkommen im Jahr 2007 Fr. 66'692.-- betragen (IV-act. 17).

A.e Der Hausarzt gab am 3. März 2009 an, dass dem Versicherten die bisherige Tätigkeit wegen den diversen Eingriffen an der Bauchdecke nicht mehr zumutbar sei (IV-act. 31). Dr. D.____ berichtete am 17. März 2009 (IV-act. 33), der Versicherte leide seit dem Jahr 2000 an einer schweren depressiven Entwicklung (F33.11). Er sei wegen Kraftlosigkeit, amotivationalen Zustand, mangelnder Aufmerksamkeit, eingeschränkter Denkfähigkeit und fehlendem Antrieb in seiner bisherigen Tätigkeit eingeschränkt. Vom 19. August 2008 bis 31. Dezember 2008 sei er als Maschinenführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen.

A.f Die Klinik I.____ berichtete am 19. Mai 2009 (IV-act. 37), dass sich der Versicherte vom 10. Dezember 2008 bis am 6. April 2009 bei ihr in stationärer Behandlung befunden habe. Die Klinik gab die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die



Arbeitsfähigkeit an: Mittelgradige depressive Episode (F32.1) und Somatisierungsstörung (F45.0). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die akzentuierten Persönlichkeitszüge mit abhängigen und passiv aggressiven Anteilen (Z73.0), ein Verdacht auf Hypothyreose und ein Verdacht auf essentielle Hypertonie. Die Klinik gab weiter an, dass es sich um ein chronisches Zustandsbild handle. Die Veränderung bestehender Verhaltensmuster habe sich sehr schwierig gestaltet. Eine Besserung des Zustandsbildes in den nächsten Monaten sei unwahrscheinlich. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten aufgrund der erheblichen körperlichen Belastung nicht mehr zumutbar. Der Versicherte sei aufgrund seiner angegebenen Schmerzsymptomatik (abdominal, linke Hüfte, tiefe Lendenwirbelsäule, linke Schulter, Kopfschmerzen) in den Bewegungsabläufen erheblich eingeschränkt. Psychiatrischerseits bestünden tägliche Schwankungen in der Befindlichkeit, starke regressive Rückzugstendenzen bei bereits kleinen psychischen Belastungen und häufig dadurch ausgelösten Konversionssymptomen (Versagen der Beine, Schwächegefühl) mit auftretender Suizidalität. Es bestehe eine geringe Frustrationstoleranz und eine starke Affektlabilität bei einer gleichzeitig bestehenden und wechselseitig verstärkenden Schmerzsymptomatik. Die Denkmuster seien rigide und unflexibel.

A.g Dr. D.____ berichtete am 30. Oktober 2009, dass der Versicherte an einer schweren Depression ohne psychotische, aber mit somatischen Symptomen, zunehmend seit Sommer 2008, sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide (IV-act. 42). Die stationäre Behandlung in der Klinik I.____ von Dezember 2008 bis April 2009 habe wenig gebracht. Die bisherige Tätigkeit sei ihm vor allem wegen der Schmerzen, aber auch wegen mangelnder Konzentrationsfähigkeit nicht mehr zumutbar. Zumutbar sei ihm eine leichte Arbeit im Sitzen oder Stehen für eine Stunde pro Tag. Seine Leistungsfähigkeit sei um ca. 60 % vermindert. Eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen wäre für zwei Stunden pro Tag möglich, sofern der Versicherte willig und kooperativ sei.

A.h Am 2. Februar 2010 fand ein Assessmentgespräch in Anwesenheit des Versicherten, der Eingliederungsberaterin und der RAD-Psychiaterin Dr. med. J.____ statt (ärztlicher Bericht vom 2. Februar 2010, IV-act. 54). Ziel des Gesprächs sei gewesen, die Bedingungen einer Integrationsmassnahme zu evaluieren und das weitere Vorgehen festzulegen. Dr. E.____ (praktische Ärztin) und Dr. J.____ diagnostizierten eine



St.Galler Gerichte

schwere Depression mit somatischen Symptomen (F33.21), aktuelle Episode seit Sommer 2008, einen Status nach Nabelhernienplastik im Februar 2002 mit kompliziertem Verlauf und mehreren operativen Folgeeingriffen, aktuell Narbenschmerzen im Nabelbereich und v.a. Hernienrezidiv, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.41). Der Versicherte habe angegeben, konstante Schmerzen im Abdomen zu haben, welche sich auf die ganze linke Körperseite (Schulter, Beine) ausbreiteten. Er fühle sich sehr einsam und leide oft unter Migräne. Eigentlich habe er nur noch Kontakt zu einem ehemaligen Arbeitskollegen. Seine beiden Söhne würden ihm von der Vormundschaftsbehörde und der Ex-Frau vorenthalten. Dr. J. ___ gab an, der Versicherte sei nur in eingeschränktem Ausmass in der Lage gewesen, die gestellten Fragen konkret zu beantworten und habe sich in Wiederholungen und Abschweifungen verloren. Der Tagesablauf zeige eine weitgehend normale Struktur mit unauffälligen Aufsteh- und Schlafenszeiten, adäquater Körperhygiene, Selbstverpflegung, Sozialkontakt und leichter Freizeitbeschäftigung wie Fernsehen. Der Versicherte habe angegeben, sich überhaupt nicht vorstellen zu können, einer Arbeit nachzugehen. Dies sei erst wieder möglich, wenn er gesund sei. Er schlafe schlecht und könne sich nicht konzentrieren, weshalb er seit fünf Jahren nicht mehr selber Auto fahre. Der Versicherte sei eine Dreiviertelstunde zu spät zum vereinbarten Gesprächstermin erschienen; er sei in den falschen Zug eingestiegen. Er habe im Assessmentgespräch eine depressive Symptomatik mit gedanklicher Fixierung und Einengung auf die belastenden Lebensumstände gezeigt, wobei die psychosozialen Probleme eine ebenso grosse Rolle gespielt hätten wie die Schmerzproblematik. Der Versicherte könne keine Zukunftsperspektiven entwickeln und lehne Hilfsangebote ab. Subjektiv sehe er sich nicht in der Lage, an einer niederschweligen Integrationsmassnahme mitzuwirken. Aus medizinischer Sicht sei eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft derzeit nicht vorstellbar. Aufgrund der geschilderten Tagesstruktur, der Tatsache, dass der Versicherte selbständig den relativ aufwendigen Weg von Jona bis St. Gallen habe zurücklegen können und aufgrund seiner Präsentation während des eineinhalbstündigen Assessmentgesprächs erscheine die Ausübung einer körperlich leichten Tätigkeit im geschützten Rahmen während anfänglich zwei Stunden täglich allerdings durchaus möglich. Obwohl nach Ansicht des Hernienspezialisten Prof. G. ___ eine erneute operative Revision die einzige Chance auf eine Verringerung der Schmerzen sei, sei eine Auflage zur Schadenminderung nicht



angezeigt, zumal ein günstiges Outcome nicht garantiert werden könne. Zur definitiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich. Am 10. Februar 2010 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien (IV-act. 60).

A.i Vom 28. Januar bis 17. Mai 2010 war der Versicherte zum zweiten Mal in der Klinik I.____ hospitalisiert (provisorischer Austrittsbericht: IV-act. 67). Die Klinik gab als Diagnosen eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Vorliegen andernorts kategorisierter somatischer Leiden (F45.4) sowie eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit abhängigen, passiv-aggressiven Anteilen (Z73.1) an. Die Zuweisung sei wegen akuter Suizidalität bei schwerer depressiver Symptomatik erfolgt. Diese Symptomatik sei durch eine Überforderung in der Bewältigung der schwierigen Lebenssituation bedingt (Arbeitsunfälle mit bleibend somatischer Beeinträchtigung, Verlust des Arbeitsplatzes); diese werde durch einen chronifizierten Somatisierungsprozess in Verbindung mit erheblichen emotionalen und psychosozialen Konflikten verstärkt.

A.j Am 24. August 2010 wurde der Versicherte durch die MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 28. Dezember 2010: IV-act. 74). Als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit wurde ein chronisches Halbseitenschmerzsyndrom links mit/bei chronischem zerviko-thorako-lumbo-vertebragenem Syndrom angegeben. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine beginnende Coxarthrose beidseits und Übergewicht genannt. Der Versicherte gab an, dass seine Ex-Frau der Beginn seiner Probleme gewesen sei. Er habe zu viel gearbeitet und seine Ex-Frau habe ihm das (ersparte) Geld, ca. Fr. 120'000.--, weggenommen. 1994, als er seine Ex-Frau in C.____ geheiratet habe, sei sie sehr nett gewesen. Zurück in der Schweiz sei sie nach wenigen Wochen zu einer ganz anderen Frau geworden; sie habe ihn immer beleidigt. Dies habe letztlich im Jahr 2000 zur Trennung geführt. Seither sei die Situation wegen Konflikten betreffend das Besuchsrecht noch schlimmer geworden. Obwohl ihm zwei Hernienspezialisten zu einer erneuten Operation geraten hätten, habe er in eine solche nicht eingewilligt, weil



er Angst vor möglichen Komplikationen habe und es keine Garantie für eine Besserung gebe. Am schlimmsten seien die ständig vorhandenen Schmerzen in der linken Körperseite (von Kopf bis Fuss). Auch sein Bauch bereite ihm immer Schmerzen; er könne deswegen nur noch etwa eine halbe Stunde am Stück gehen. Ein weiteres Problem sei die drei- bis viermal pro Monat auftretende Migräne mit Übelkeit und Erbrechen. Alles sei eine Katastrophe – er sei immer traurig wegen den Kindern, weil er seine Eltern seit zwei Jahren nicht mehr gesehen habe und wegen der finanziellen Probleme. Er habe keine Hoffnung und keine Kraft mehr und sei sehr schwach geworden. Oft sei er nur zu Hause und weine. Dr. med. K.____, Facharzt Rheumatologie FMH, erklärte, dass seine Untersuchung eine ausgeprägte Fehlstatik mit antalgischer Schonhaltung im Sinne einer schmerzhaft fixierten, hoch thorakalen Hyperkyphose, verbunden mit Kopfpropulsion und Schulterprotraktion und Entwicklung einer erheblichen muskulären Dysbalance und Dekonditionierung ergeben habe (rheumatologisches Konsilium: IV-act. 74 - 28 ff.). Die Schonhaltung stehe im Zusammenhang mit den Abdominalschmerzen periumbilical bei paraumbilicaler Rezidivhernie. Der Versicherte versuche, jegliche Spannung auf die Abdominalwand zur Schmerzvermeidung zu vermeiden, was zu einem grotesken Fehlverhalten und Entwicklung einer Schmerzkrankheit mit aktueller Präsentation eines chronischen Halbseitenschmerzsyndroms links geführt habe. Das gesamte Schmerzverhalten weise zusätzlich eine deutliche Überlagerungssymptomatik mit Inkonsistenzen auf: Während die Beweglichkeit des Arms im linken Schultergelenk in der Untersuchungssituation erheblich eingeschränkt gewesen sei, habe der Versicherte diesen beim Ankleiden unbehindert benützen können. Auch das linkseitige Hinken sei inkonstant gewesen. Das Hauptproblem des Versicherten sei die abdominale Situation mit Nabelhernienrezidiv/paraumbilicaler Rezidivhernie, konsekutiv schmerzbedingtem Schonverhalten und diesbezüglich sekundärer Entwicklung eines ausgeprägten panvertebralen Schmerzsyndroms und einer chronifizierten Halbseitenschmerzsymptomatik. Aus rheumatologischer Sicht könnten dem Versicherten keine körperliche Schwerarbeit, keine Arbeiten mit vorgeneigtem oder abgedrehtem Oberkörper, keine Arbeiten mit den Armen an oder über der Schulterhorizontalen und keine Arbeiten auf vibrierenden Maschinen, auf Dächern oder auf Gerüsten mehr zugemutet werden. Bei seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer habe es sich um eine körperlich zumeist schwere Arbeit in



rückenhygienisch ungünstigen Arbeitspositionen gehandelt. In dieser Tätigkeit sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Körperlich leichte Arbeiten seien ihm ganztags mit einer geschätzten Leistungseinbusse von 20 % infolge schmerzbedingt vermehrter Pausen und langsamerem Arbeitstempo zumutbar. Dr. K. ___ erklärte zudem, dass ein Hernienspezialist beurteilen müsse, ob die Arbeitsfähigkeit wegen der Herniensituation abdominal weitergehend eingeschränkt sei. Er selbst sei hierzu nicht kompetent. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem Unfall vom 3. Mai 2007. Primär müsste noch einmal die Behandlungsmassnahme des vermuteten Nabelhernienrezidivs diskutiert werden. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. L. ___ gab an, der Versicherte habe während der ganzen Untersuchung wenig Gefühle gezeigt und in aller Deutlichkeit auf die völlig desolante Lebenssituation ohne irgendeine Perspektive und ohne Entwicklungspotential im beruflichen oder persönlichen Bereich hingewiesen (psychiatrisches Konsilium: IV-act. 74 - 40 ff.). Dr. L. ___ gab keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gab er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Stress, ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation, Z73.3) an. Dr. L. ___ führte aus, dass der Versicherte nach seinen eigenen Schilderungen die Erlebnisse im Militärdienst relativ bald und ohne schwerwiegende Folgen verarbeitet habe. Kurz nach der Heirat 1994 sei er ohne Sprachkenntnisse und ohne Beruf in die Schweiz gekommen. Dieser Schritt habe für ihn eine schwere Entwurzelung bedeutet. Nachdem sich die Ehe problematisch gestaltet habe, sei bereits wenige Monate nach der Einreise in die Schweiz ein Scheitern in allen Lebensbereichen programmiert und zu erwarten gewesen. Er habe sich den beruflichen Herausforderungen gestellt, aber bald erleben müssen, dass seine Hoffnungen und Erwartungen nicht erfüllt würden. Der Verlust seiner Ersparnisse, das Scheitern der Ehe und die beiden Unfälle, die von der Suva nicht als solche gewürdigt worden seien, hätten dann zur Dekompensation und zur völligen Selbstaufgabe geführt. Dr. D. ___ habe eine Arbeitsunfähigkeit in sehr weitgehendem Umfang bestätigt, ohne dabei zwischen soziokulturellen Faktoren und einem psychiatrischen Leiden in engerem Sinne zu unterscheiden. Der psychiatrische Sachverständige prüfte mit Bezug auf die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sodann die Foerster-Kriterien: Vollkommen zurecht habe der Versicherte ihm gegenüber darauf hingewiesen, dass ihn vor allem die finanziellen



Engpässe, die Enttäuschung über den Geldverlust, die Niedergeschlagenheit angesichts der ungünstigen ehelichen Entwicklung und angesichts der fehlenden Kontaktmöglichkeiten mit den Kindern beeinträchtigten und nicht so sehr eine Depression in engerem Sinne. Eine Komorbidität liege demnach eindeutig nicht vor, auch wenn viele Phänomene seiner Persönlichkeit durchaus auch bei einer Depression auftreten könnten. Bezüglich der Chronizität körperlicher Begleiterkrankungen sei festzuhalten, dass der Versicherte im Gespräch selbst die Beschwerden ohne Schwierigkeiten stehend habe veranschaulichen können, sich nach dem Gespräch jedoch derart leidend präsentiert habe, dass er kaum noch habe aufstehen können und die Räume der MEDAS nur sehr zögernd verlassen habe. Weiter müsse ein sozialer Rückzug ohne finanzielle Mittel fast zwingend stattfinden. Trotzdem habe der Versicherte eingestanden, Bücher zu lesen, schriftlich zu korrespondieren und sich nach Kontakten mit den Kindern zu sehnen und einen Austausch mit einem Kameraden zu pflegen. Auch im nahegelegenen Einkaufszentrum nehme er die Kontaktmöglichkeiten wahr. Ein verfestigter, innerseelischer Verlauf sei wohl anzunehmen, werde aber unterbrochen durch ein gewisses Aufblühen im geschützten Rahmen der psychiatrischen Kliniken. Das Behandlungsergebnis müsse unter diesen Rahmenbedingungen unbefriedigend sein, der soziale Kontext lasse gar keine andere Lösung zu. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Berentung nicht gerechtfertigt, auch wenn der Versicherte, so schmerzgeplagt wie er sei, keine Anstellung mehr finden werde. Die Sachverständigen schätzten die Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht für die angestammte Tätigkeit ab November 2008 auf 0 %. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte ab dem Datum der Schlussbesprechung, d.h. ab Dezember 2010 zu 80 % arbeitsfähig aufgrund einer Leistungsverminderung von 20 % wegen einem erhöhten Pausenbedarf und einem langsameren Arbeitstempo. Eine wesentliche Besserung der Gesamtsituation sei nicht zu erwarten, auch nicht durch eine erneute Hernienoperation.

A.k Am 15. April 2011 nahmen die RAD-Ärztinnen Dr. E.____ und Dr. J.____ Stellung zum Gutachten (IV-act. 75). Sie erklärten, dass aus somatischer Sicht hinsichtlich des adaptierten Tätigkeitsprofils zu ergänzen sei, dass eine leidensadaptierte Arbeit einen Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zulassen müsse; häufiges Gehen und Stehen seien dem Versicherten nicht zuzumuten. Im Gegensatz zum somatischen Teil des Gutachtens sei der psychiatrische Teil nicht gut nachvollziehbar. Zum einen fehlten



beim erhobenen Psychostatus, auf welchen sich die Diagnose stütze, wesentliche Angaben zum Antrieb, zur Konzentration und zum formalen Denken. Zum anderen müsse Kritik an der Überprüfung der Foerster-Kriterien angebracht werden: So habe der psychiatrische Sachverständige angeführt, dass eine Depression im engeren Sinne nicht diagnostiziert werden könne, sondern psychosoziale Faktoren für die seelische Befindlichkeit ausschlaggebend seien. Diese Aussage sei nicht nachvollziehbar und werde auch nicht durch entsprechende Befunde im Psychostatus gestützt. Dr. D.____, die Ärzte der Klinik I.____ und sie selbst hätten eine mittelschwere bis schwere Depression festgestellt. Diese liege unabhängig von der somatoformen Schmerzstörung als selbständige krankheitswertige Störungsentität vor. Weiter sei das Vorliegen einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung, nämlich die langjährige Hernienproblematik mit Rezidiven und Infektionen, ausgewiesen. Der Psychiater habe zudem selber bemerkt, dass ein verfestigter innerseelischer Verlauf vorliege. Dies könne aufgrund der langjährigen erfolglosen Therapiebemühungen bestätigt werden. Die Foerster-Kriterien seien somit überwiegend zu bejahen und die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse korrigiert werden. Die RAD-Ärztinnen kamen zum Schluss, dass der Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Maschinenführer seit März 2008 nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei er zu 60 % arbeitsfähig. Weitere medizinische Abklärungen seien derzeit nicht nötig.

A.I Die Klinik I.____ berichtete am 30. August 2011 (IV-act. 81), dass sich der Versicherte seit dem 1. April 2011 in der Klinik in stationärer Behandlung befinde. Aus psychiatrischer Sicht leide er an einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (F32.2) und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei Vorliegen andernorts kategorisierter somatischer Leiden (F45.4). Die Klinik befand, dass der Versicherte psychomotorisch verlangsamt wirke; Gestik und Mimik seien reduziert. Im formalen Denken sei er sehr auf seine Beschwerden, vor allem auf seine Schmerzen, eingeengt. Er habe auch über ein reduziertes Konzentrationsvermögen berichtet. Manchmal höre er die Stimmen seiner Kinder bzw. seiner zwei (verstorbenen) Verwandten. Im Affekt wirke er depressiv, deprimiert, niedergeschlagen, ratlos und verzweifelt. Er klage über Schlafstörungen mit Albträumen und eine Grübelneigung. Bei anamnestisch bekannter unzureichender Wirkung verschiedener Psychopharmaka werde zurzeit eine Wachtherapie (Schlafentzug) durchgeführt, welche jedoch nur einen geringen Erfolg hinsichtlich



St.Galler Gerichte

Verbesserung der Stimmung und des Antriebs zeige. Der Versicherte sei ein chronisch psychisch schwer kranker Mann. Es werde eine EKT-Behandlung (Elektrokrampftherapie) in Erwägung gezogen. Aus psychiatrischer Sicht sei er wegen täglicher Niedergeschlagenheit, Schwankungen in der Befindlichkeit, stark regressiven Tendenzen und Rückzugstendenzen bei bereits kleinen psychischen Belastungen und häufig ausgelösten Konversionssymptomen (Versagen der Beine, Schwächegefühl) mit auftretender Suizidalität in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Es bestehe ein verminderter Antrieb, eine geringe Frustrationstoleranz, eine geringe Stresstoleranz und dadurch verursachte Krisensituationen, teilweise mit Suizidalität. Die Auffassungsgabe, die Konzentrationsfähigkeit, die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit seien ebenfalls stark eingeschränkt. Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit wieder eine teilweise Arbeitsfähigkeit erlangen werde. Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik I.____ vom 7. Oktober 2011 war der Versicherte am 27. September 2011 aus der Klinik ausgetreten. Der Grund für den dritten Klinikaufenthalt sei wiederum eine akute Suizidalität bei schwerer depressiver Symptomatik gewesen. Beim Austritt habe der Versicherte eine Verbesserung der Stimmungslage bzw. des Antriebs gezeigt. Er sei aber immer noch deprimiert und die Schlafqualität sei noch nicht ideal gewesen. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten am 13. Oktober 2011 mit, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 92).

A.m Am 11. November 2011 erklärte Dr. J.____ vom RAD, dass der psychische Gesundheitszustand des Versicherten instabil sei und deshalb die Art und der Umfang einer adaptierten Tätigkeit noch nicht festgelegt werden könne (IV-act. 95). Seit April 2011 sei er in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Angesichts der letzten mehrmonatigen psychiatrischen Hospitalisation könne nur noch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden.

A.n Dr. D.____ berichtete am 11. März 2012 (IV-act. 98), dass der Gesundheitszustand seit dem Klinikaustritt im September 2011 stationär sei. Es bestehe ein chronischer Verlauf auf einem tiefen Funktionsniveau; der Gesundheitszustand sei miserabel. Der Versicherte sei seit Monaten bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Dritthilfe angewiesen; das Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen erledigten die



psychiatrische Spitex und ein Freund. Der Versicherte lasse sich einfach schleifen. Die körperliche Hygiene klappe jedoch noch. Man habe nicht den Eindruck, dass die sechsmonatige Hospitalisation irgendetwas gebracht habe. Es gehe überhaupt nicht vorwärts. Eine EKT-Behandlung sei in den nächsten Wochen geplant. Der Versicherte sei fast vollständig passiv. Die Prognose sei angesichts der starken Somatisierungstendenz und der ungünstigen sozialen Situation (Rosenkrieg) schlecht.

A.o Am 11. Juli 2012 erklärte die RAD-Ärztin Dr. med. M.____ (IV-act. 99), dass der Versicherte aus rein medizinischer Sicht auch in einer adaptierten Tätigkeit nicht arbeitsfähig sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei jedoch die Übernahme der MEDAS-Beurteilung und damit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer adaptierten Tätigkeit ebenfalls möglich. Von weiteren medizinischen Massnahmen sei angesichts der Gesamtsituation keine wesentliche Besserung zu erwarten. Weitere medizinische Abklärungen seien derzeit nicht erforderlich. Am 6. August 2012 präzisierte Dr. M.____ (IV-act. 100) ihre vorgenannten Aussagen. Sie gab an, dass der Versicherte unbestrittenermassen an gesundheitlichen Problemen leide. Gleichzeitig bestünden bei ihm zahlreiche Schwierigkeiten in seinem Umfeld, die sich mit den gesundheitlichen Problemen vermischten. Die MEDAS-Gutachter hätten die Sachlage ausreichend geklärt und streng entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bewertet. Der Sachverhalt sei schon lange ausreichend abgeklärt. Es gehe lediglich um die Frage der Bewertung der Auswirkung der gesundheitlichen Schwierigkeiten. Aus ihrer Sicht könne das MEDAS-Gutachten als Grundlage für diesen Entscheid dienen.

B.

B.a Mit Vorbescheid vom 5. September 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Abweisung seines Rentengesuchs vorgesehen sei (IV-act. 105). Zur Begründung führte sie an, dass er in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinenführer zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einer körperlich leichten Tätigkeit sei er jedoch zu 80 % arbeitsfähig; die Einschränkung von 20 % bestünde in einer verminderten Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und eines langsameren Arbeitstempos. Als Valideneinkommen zog die IV-Stelle das zuletzt erzielte Einkommen als Maschinenführer heran und passte es der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2011 an (Fr. 69'172.--). Das Invalideneinkommen



St.Galler Gerichte

entsprach 80 % des durchschnittlichen Einkommens eines Hilfsarbeiters im Jahr 2011 gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (Fr. 49 421.--).

Hieraus resultierte ein IV-Grad von 29%

B.b Am 12. bzw. 27. November 2012 liess der Versicherte durch die Klinik N.____ einen Einwand erheben (IV-act. 114). Die Klinik N.____ gab an, dass der Versicherte vom 26. Juli bis 13. November 2012 in der Klinik hospitalisiert gewesen sei. Ihres Erachtens sei er wegen einer schweren, chronifizierten depressiven Symptomatik bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Als Diagnosen gab die Klinik N.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) an. Die Klinik N.____ befand, dass der Versicherte psychomotorisch deutlich verlangsamt sei und eine leichte Hypomimie vorliege. Es bestünden sowohl Konzentrations- als auch Merkfähigkeitsstörungen. Zudem habe sich eine deutliche Tendenz zu Gedankenkreisen mit den Schwerpunkten Gesundheit, Kinder und Ehekonflikt sowie Grübeln gezeigt. Hinweise auf eine psychotische Symptomatik seien keine vorhanden. Die Stimmung sei konstant bedrückt und der Versicherte sei zeitweilig weinerlich. Er leide unter einer ausgeprägten Anhedonie und Interessenlosigkeit. Er sei hoffnungslos und habe sich weitgehend aus dem Leben zurückgezogen. Der Appetit sei leicht vermindert. Es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen. Im Verlauf der EKT-Behandlung habe eine deutliche Aufhellung der Stimmungslage verzeichnet werden können. Eine im Anschluss durchgeführte Umstellung der antidepressiven Medikation habe keine nachhaltige Besserung der Beschwerden gebracht. Die psychosoziale Situation (langjähriger Ehekonflikt, Arbeitsverlust, sozialer Rückzug) habe sich im Rahmen sozialpsychiatrischer Massnahmen nicht nachhaltig beeinflussen lassen. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS vertrete den Standpunkt, dass für die seelische Befindlichkeit überwiegend psychosoziale Faktoren massgeblich seien. Die Klinik N.____ habe demgegenüber beobachten können, dass sich die Stimmungslage im Verlauf der Hospitalisation verbessert habe und somit ein phasischer Verlauf der Symptomatik vorliege. Aufgrund des umschriebenen psychopathologischen Befundes bestehe kein Zweifel daran, dass der Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung leide. Der andauernde Stress aufgrund der erwähnten psychosozialen Faktoren über viele Jahre habe das Entstehen der Erkrankung vermutlich mitverursacht und wirke sich weiterhin sehr ungünstig auf die



Prognose aus. Die psychosoziale Belastungsreaktion sei jedoch weder ausreichend, um den Umfang der Beschwerden bei Klinikeintritt noch um den beobachteten phasischen Verlauf zu erklären. Zudem habe eine umfangreiche arbeitstherapeutische Untersuchung im Verlauf der Hospitalisation erheblich verminderte Fähigkeiten in allen geprüften Bereichen gezeigt. Es bestünden deutliche Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, teilweise auch Störungen der Auffassung bei der Gabe einfacher Instruktionen. Wiederholt habe sich gezeigt, dass der Versicherte durchaus motiviert sei, an der Diagnostik teilzunehmen. Zusammenfassend habe jedoch festgestellt werden müssen, dass eine Integration des Versicherten höchstens im geschützten Rahmen möglich sei. Die Prognose erscheine derzeit recht ungünstig, da trotz intensiver Behandlung nur eine teilweise Remission der Beschwerden habe erreicht werden können.

B.c Am 4. Februar 2013 nahm Dr. M.____ vom RAD Stellung zum Einwand (IV-act. 115). Sie erklärte, dass die Ärzte der Klinik N.____ keine wesentlich andere Symptomatik beschrieben hätten. Im Gegensatz zur MEDAS gehe die Klinik N.____ von einer wiederkehrenden Symptomatik aus. Es gehe hierbei aber um eine wissenschaftliche Diskussion, die mit der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht wirklich etwas zu tun habe. Die Klinik N.____ habe betont, dass sich der Versicherte sehr bemühe und wirklich nicht könne. In dieser Haltung habe er sich schon früher präsentiert. Es handle sich daher um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalts. Von einer erneuten Begutachtung sei keine Lösung dieser scheinbaren Widersprüche zu erwarten. Aus medizinischer Sicht gebe es keine neuen Aspekte, die eine andere versicherungsmedizinische Beurteilung des Falles rechtfertigen würden. Der Fall ziehe sich schon länger hin und eine gewisse Chronifizierung der Beschwerden sei dabei bei ausgeprägtem subjektiven Krankheitsgefühl auch normal. Dies bedeute nicht, dass diese Beschwerden versicherungsmedizinisch anders beurteilt würden.

B.d Mit Verfügung vom 12. März 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid genannten Gründen ab (IV-act. 116). Zur Begründung des Einwandes zog sie hauptsächlich die Stellungnahme des RAD vom 4. Februar 2013 heran.

C.



C.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 24. April 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen IV-Rente. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe den Einwand der Klinik N.____ u.a. dahingehend gewürdigt, dass es sich lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalts handle. Sie habe somit für die Beurteilung einer erstmaligen Rentenzusprache die Voraussetzungen einer Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG geprüft. Dies sei nicht zulässig. Bis zum Vorliegen einer rechtskräftigen Verfügung seien andere Würdigungen medizinischer Sachverhalte selbstverständlich zulässig. Es sei Aufgabe der Beschwerdegegnerin, unterschiedliche Einschätzungen gegeneinander abzuwägen. Ihre Argumentation erwecke den Eindruck, dass das MEDAS-Gutachten von Vornherein als sakrosankt zu betrachten sei. Damit habe sie ihre Untersuchungspflicht verletzt. Darüber hinaus habe die Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt, dass aus medizinischer Sicht erfolglos alles unternommen worden sei, um die Depression zu behandeln (EKT-Behandlung, Medikamente). Schliesslich sei noch darauf hinzuweisen, dass die MEDAS-Begutachtung in einer Art und Weise abgelaufen sei, welche nicht akzeptiert werden könne. Der Beschwerdeführer habe zwei Stunden im Wartezimmer warten müssen. In der Folge seien die drei Teilbegutachtungen innert etwa 15 Minuten vollzogen worden. Alle Gutachter hätten sich unanständig verhalten. Der psychiatrische Gutachter habe erklärt, er höre täglich solche Geschichten, worauf er die Begutachtung nach fünf Minuten beendet und den Beschwerdeführer aus dem Raum geschickt habe. Bei der körperlichen Untersuchung habe der rheumatologische Gutachter mitgeteilt, dass er an den Unfällen nicht interessiert sei. Der Beschwerdeführer habe dann lediglich kurz hin und her gehen müssen und sei anschliessend mit einem Metermass vermessen worden. Auch diese Untersuchung habe lediglich ca. fünf Minuten gedauert. Das MEDAS-Gutachten dürfe somit bereits aus diesem Grund nicht verwertet werden. Da der Versicherte in seiner bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei, habe er Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

C.b Am 24. Juni 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie führte aus, dass das MEDAS-Gutachten die von der Rechtsprechung aufgestellten formellen und materiellen Voraussetzungen an ein lege artis abgefasstes beweiskräftiges Gutachten erfülle. Der psychiatrische Gutachter habe



den Beschwerdeführer sorgfältig und in Kenntnis der Vorakten exploriert, was die detaillierten Angaben in seinem Teilgutachten eindeutig belegten. Eine solche Vielzahl sachbezogener Informationen lasse sich nicht innert fünf Minuten in Erfahrung bringen. Auch das Teilgutachten des rheumatologischen Sachverständigen enthalte ausführliche Angaben zur Untersuchung, die keinesfalls in fünf Minuten hätten in Erfahrung gebracht werden können. Die Angaben des Beschwerdeführers über die Dauer der psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchung seien daher unglauwbüdig. Gemäss dem rheumatologischen Gutachter hätten keine ausgeprägten pathologischen Befunde am Bewegungsapparat festgestellt werden können, weshalb die bescheinigte 20 %ige Leistungsverminderung als eher grosszüdig erscheine, zumal eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten bestanden habe. Der psychiatrische Sachverständige habe nachvollziehbar das Vorliegen einer Depression im engeren Sinne und damit das Vorliegen einer erheblichen psychischen Komorbidität verneint. Die Ärzte der Klinik N.____ hätten Parteistellung für den Versicherten bezogen, weshalb sie nicht als unabhängige Sachverständige betrachtet werden könnten. Die Beweiskraft ihrer Angaben sei dadurch von vornherein geschmälert. Zu berücksichtigen sei sodann, dass ein psychiatrischer Sachverständiger praktisch immer einen gewissen Spielraum innerhalb der verschiedenen medizinisch-psychiatrischen Interpretationen habe. Es könne darum nicht angehen, eine lege artis vorgenommene Administrativ- oder Gutachterexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangten. Die Ärzte der Klinik N.____ hätten keine Gesichtspunkte vorgebracht, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkant geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Ob Symptome als ein psychosozialer Belastungszustand zu interpretieren seien oder die Diagnose einer depressiven Störung rechtfertigten, liege im Ermessen des Gutachters. Ein unüberwindbarer Widerspruch, der Anlass für das Einholen eines Gerichtsgutachtens bilden würde, liege daher ebenfalls nicht vor. Es sei daher zu Recht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt worden.

C.c Mit Replik vom 3. Dezember 2013 (act. G 13) hielt der Rechtsvertreter an den mit der Beschwerde gestellten Anträgen fest. Eventualiter beantragte er die Einholung eines Gerichtsgutachtens. Er argumentierte, dass aus den folgenden Gründen nicht auf



das MEDAS-Gutachten abgestellt werden könne: Erstens enthalte das psychiatrische Konsilium keine wirkliche Befunderhebung. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die von allen Psychiatern (auch den RAD-Ärzten) einheitlich gestellte Diagnose einer schweren Depression verschwunden sein sollte. Auch die Diagnosestellung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe der psychiatrische Sachverständige nicht schlüssig mit Befunden nachgewiesen. Für den psychiatrischen Sachverständigen scheine das Vorliegen von psychosozialen Faktoren zu bedeuten, dass keine psychische Erkrankung vorliege. Die Klinik N.____ habe darauf hingewiesen, dass die psychosoziale Belastungsreaktion nicht ausreichend sei, den Umfang der Beschwerden sowie den beobachteten phasischen Verlauf zu erklären. Zweitens überzeuge die Prüfung der Foerster-Kriterien nicht. Das Vorliegen einer psychischen Komorbidität sei erfüllt, da der Beschwerdeführer an einer schweren Depression leide. Der rheumatologische Gutachter habe chronische körperliche Einschränkungen festgestellt und für weitere Abklärungen an einen Hernien-Fachspezialisten verwiesen. Im Zusammenhang mit dem sozialen Rückzug sei festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer sozial praktisch ganz zurückgezogen habe. So liege er die meiste Zeit zuhause im Bett. Sodann seien die während den Klinikaufenthalten eingetretenen Verbesserungen nie nachhaltig gewesen und es sei immer schnell zu Rückfällen gekommen. Anders seien die jährlich mehrmonatigen stationären Aufenthalte und die permanente Suizidalität nicht zu erklären. Auch das Kriterium des verfestigten, innerseelischen Verlaufs sei somit erfüllt. Und schliesslich sei auch das Kriterium des unbefriedigenden Behandlungsergebnisses offensichtlich erfüllt. Sogar eine EKT-Behandlung sei nicht erfolgreich gewesen und der Beschwerdeführer spreche nicht gut auf Medikamente an. Auch die beiden RAD-Ärztinnen Dr. E.____ und Dr. J.____ seien zum Schluss gekommen, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht gut nachvollziehbar sei. Allein schon aufgrund der ungenügenden Befunderhebung im psychiatrischen Teilgutachten sowie aufgrund der oberflächlichen Prüfung der Foerster-Kriterien dürfe nicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Im Übrigen habe der psychiatrische Sachverständige nicht erklärt, weshalb die Diagnosen der behandelnden Ärzte nicht zutreffen sollten. Zu bemerken sei auch, dass die beiden Teilgutachter das Hauptgutachten nicht unterzeichnet hätten. Auch nicht nachvollziehbar sei, wie im Hauptgutachten der Schluss gezogen werden könne, dass das Hernienrezidiv keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge, wenn



doch der rheumatologische Sachverständige speziell darauf hingewiesen habe, dass hinsichtlich der Herniensituation abdominal die Arbeitsfähigkeit von einem Hernienspezialisten beurteilt werden müsse. Die Beschwerdegegnerin habe somit ihre Untersuchungspflicht verletzt. Sodann sei auch der RAD mit Bericht von 11. November 2011 zum Schluss gekommen, dass die Arbeitsunfähigkeit 100 % betrage. Auffallend sei, dass im Anschluss Dr. M.____ die Beurteilung vorgenommen habe. Sie habe die umfassende Kritik der vorhergehenden RAD-Ärztinnen mit keiner Silbe erwähnt. Es erscheine der Eindruck, dass die vorhergehenden RAD-Ärztinnen mit ihrer sehr differenzierten, schlüssigen und korrekten Analyse des MEDAS-Gutachtens nicht in die Sparpolitik der Beschwerdegegnerin gepasst hätten. Dass das MEDAS-Gutachten nicht zutreffend sein könne, zeige auch der Einwand der Klinik N.____. Schliesslich sei die Beschwerdegegnerin mit keinem Wort auf die dem MEDAS-Gutachten widersprechenden Einschätzungen der beiden RAD-Ärztinnen eingegangen. In ihren Augen sei das MEDAS-Gutachten sakrosankt. Keinesfalls treffe zu, dass die Beweiskraft des Berichts der Klinik N.____ von vornherein geschmälert sei, weil diese für den Beschwerdeführer Parteistellung bezogen habe. Diese Haltung zeige einmal mehr deutlich, dass die Beschwerdegegnerin alle dem MEDAS-Gutachten widersprechenden Einschätzungen zum Vornherein abzulehnen versuche. Der Rechtsvertreter legte der Replik einen Entscheid des Amtsarztes O.____ vom 16. Januar 2009 betreffend FFE bei (act. G 13.1). Dem Entscheid war zu entnehmen, dass aufgrund einer hohen Suizidgefahr eine Rückbehaltung erfolgt war.

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 15).

Erwägungen:

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt. Strittig ist demnach, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat oder nicht.

1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht



durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). 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 ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.

2.1 Die Invalidenversicherung ist eine finale Versicherung. Das heisst, es wird nicht nach der Art und Genese eines Gesundheitsschadens gefragt, welcher die Erwerbsunfähigkeit verursacht. Der Gesundheitszustand ist folglich immer gesamtheitlich zu betrachten. Selbst eine Erwerbsunfähigkeit, deren psychogene krankhafte Grundlage (auch) durch eine soziokulturelle Überforderung verursacht worden ist, fällt in den Geltungsbereich der Invalidenversicherung, vorausgesetzt es handelt sich um ein verselbständigt psychisches Leiden. Eine rentenbegründende Invalidität kann damit nicht allein mit dem Hinweis auf das Vorhandensein soziokultureller oder psychosozialer Belastungsfaktoren verneint werden (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2014, 8C_830/2013, E. 5.2.3; BGE 136 V 279, E. 3.2.1). Ist eine psychische



Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und in welchem Ausmass der versicherten Person objektiv betrachtet trotz ihres psychischen Leidens eine Erwerbstätigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten noch offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt sozial-praktisch noch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 102 V 165; BGE 127 V 294, E. 4c und 5a).

2.2 Zunächst ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer an einer psychischen Erkrankung leidet. Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ hat dem Beschwerdeführer ab Behandlungsbeginn, d.h. ab August 2008, eine schwere, chronifizierte Depression diagnostiziert. Vom 10. Dezember 2008 bis 6. April 2009 hat sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik I.____ befunden. Die Klinik hat eine mittelgradige depressive Episode und eine Somatisierungsstörung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen und passiven aggressiven Anteilen diagnostiziert. Dr. D.____ hat am 30. Oktober 2009 berichtet, dass der Beschwerdeführer an einer schweren Depression mit somatischen Symptomen, zunehmend seit Sommer 2008, sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide. Die RAD-Psychiaterin Dr. J.____ hat nach dem Assessmentgespräch am 2. Februar 2010 die Diagnosen von Dr. D.____ bestätigt. Vom 28. Januar bis 17. Mai 2010 ist der Beschwerdeführer zum zweiten Mal in der Klinik I.____ wegen akuter Suizidalität hospitalisiert gewesen. Die Klinik hat als Diagnosen diesmal eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit abhängigen, passiv-aggressiven Anteilen angegeben. Am 24. August 2010 ist der Beschwerdeführer von der MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär begutachtet worden. Der psychiatrische Sachverständige Dr. L.____ hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Stress, ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation) diagnostiziert. Vom 1. April bis 27. September 2011 hat sich der Beschwerdeführer zum dritten Mal wegen akuter Suizidalität bei schwerer depressiver Symptomatik in der Klinik I.____ in stationärer Behandlung befunden. Dr. D.____ hat am 11. März 2012 berichtet, dass der psychische Gesundheitszustand stationär, aber miserabel sei. Und schliesslich ist der Beschwerdeführer vom 26. Juli bis 13. November 2012 stationär in der Klinik N.____ hospitalisiert gewesen. Die Klinik N.____ hat eine schwere, chronifizierte, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine



chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet. Umstritten ist dagegen, ob der Beschwerdeführer an einer depressiven Störung leidet. Während die behandelnden (Fach-) Ärzte ab Sommer 2008 durchgehend eine mittel- bis schwergradige depressive Störung diagnostiziert haben, hat der psychiatrische Sachverständige Dr. L.____ das Vorliegen einer solchen verneint. Zur Begründung hat er angeführt, dass zwar viele Phänomene der Persönlichkeit des Beschwerdeführers durchaus auch bei einer Depression auftreten könnten, diese jedoch auf die belastenden Lebensumstände (Scheidung, Rosenkrieg, Geldverlust, finanzielle Engpässe, fehlende Kontaktmöglichkeit mit Kindern) und nicht auf eine Depression in engerem Sinne zurückzuführen seien. Diese Erklärung überzeugt nicht: Eine rezidivierende depressive Störung ist durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert (Definition gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10, siehe ICD-10: F33). Bei einer typischen depressiven Episode leidet die betroffene Person unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen (Definition gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10, siehe ICD-10: F32). Ob eine Depression ganz oder teilweise durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst oder verstärkt worden ist, spielt somit bei der Diagnosestellung keine Rolle. Der psychiatrische Sachverständige hat denn auch eingeräumt, dass Symptome vorhanden seien, die auf eine Depression hindeuteten. Zudem hat die RAD-Psychiaterin Dr. J.____ am 15. April 2011 erklärt, dass die Schlussfolgerung des psychiatrischen Sachverständigen, es seien psychosoziale Faktoren für die seelische Befindlichkeit ausschlaggebend, weshalb keine Depression im engeren Sinne



diagnostiziert werden könne, nicht nachvollziehbar sei. Weiter haben die Ärzte der Klinik N.____ überzeugend dargelegt, dass der andauernde Stress und die psychosozialen Faktoren zwar die Entstehung der depressiven Störung mitverursacht hätten, die psychosoziale Belastungsreaktion jedoch weder ausreiche, den Umfang der Beschwerden beim Eintritt in die Klinik N.____ noch den phasischen Verlauf zu erklären. Dr. J.____ hat zudem zu Recht bemängelt, dass im psychiatrischen Teilgutachten beim erhobenen Psychostatus wesentliche Angaben zum Antrieb, zur Konzentration und zum formalen Denken fehlten. Im Gegensatz zum psychiatrischen Teilgutachten weisen die im Recht liegenden Arztberichte des behandelnden Psychiaters Dr. D.____, der Klinik I.____ und der Klinik N.____ in qualitativer Hinsicht weder formelle noch materielle Mängel auf: Sie enthalten eine Anamnese (Ausnahme: Klinik N.____), den psychopathologischen Status und die Diagnosen. Die Berichte sind ausführlich und gut nachvollziehbar. Insgesamt geben sie ein schlüssiges Bild über den psychischen Gesundheitszustand über die Zeitspanne von über vier Jahren wieder (August 2008 bis November 2012). Daran ändert auch nichts, dass die Klinik I.____ während des dritten stationären Aufenthalts zusätzlich noch psychotische Symptome (Stimmenhören) festgestellt hat; ob solche neben den übrigen Symptomen vorhanden sind, ist für die Frage, ob aufgrund der depressiven Störung eine Arbeitsunfähigkeit besteht, nicht entscheidend. Auch die von der Klinik I.____ diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit abhängigen, passiv-aggressiven Anteilen können vernachlässigt werden, da diese gemäss der Klinik keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Vor diesem Hintergrund ist rechtsgenügend erwiesen, dass der Beschwerdeführer phasenweise seit Sommer 2008 an einer mittel- bis schwergradigen, rezidivierenden depressiven Störung leidet, dies insbesondere auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass im Sozialversicherungsverfahren der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gilt und damit die Anforderungen an den Beweis einer Tatsache weniger hoch als in Zivil- und Strafprozessen sind, wo in der Regel der volle Beweis zu erbringen ist (vgl. BGE 119 V 7, E. 3bb). Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht seit Sommer 2008 an einer mittel- bis schwergradigen rezidivierenden depressiven Störung und seit Dezember 2008/Okttober 2009 an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet.

2.3 In somatischer Hinsicht hat der rheumatologische Sachverständige Dr. K.____ festgestellt, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen



Halbseitenschmerzsyndrom links leide. Es liege eine ausgeprägte Fehlstatik mit antalgischer Schonhaltung im Sinne einer schmerzhaft fixierten, hoch thorakalen Hyperkyphose, verbunden mit Kopfpropulsion und Schulterprotraktion und Entwicklung einer erheblichen muskulären Dysbalance und Dekonditionierung vor. Die Schonhaltung stehe im Zusammenhang mit den Abdominalschmerzen periumbilical bei paraumbilicaler Rezidivhernie. Der Beschwerdeführer versuche, jegliche Spannung auf die Abdominalwand wegen der Schmerzen zu vermeiden. Diese Angaben des rheumatologischen Gutachters überzeugen und sind im Übrigen unbestritten. Es ist folglich auf die Diagnose des rheumatologischen Sachverständigen abzustellen.

2.4 Weiter ist zu prüfen, ob die genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Dr. D.____ hat am 17. März 2009 angegeben, dass der Beschwerdeführer wegen Kraftlosigkeit, amotivationalen Zustand, mangelnder Aufmerksamkeit, eingeschränkter Denkfähigkeit und fehlendem Antrieb in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit von August bis Dezember 2008 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Klinik I.____ gab am 19. Mai 2009 an, dass tägliche Schwankungen in der Befindlichkeit, starke regressive Rückzugstendenzen bei bereits kleinen psychischen Belastungen und häufig dadurch ausgelösten Konversionssymptomen mit auftretender Suizidalität bestünden. Das Konzentrations- und Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit seien eingeschränkt. Die Frustrationstoleranz sei gering, es liege eine starke Affektlabilität vor und die Denkmuster seien rigide und unflexibel. Am 30. Oktober 2009 hat Dr. D.____ berichtet, dass die stationäre Behandlung in der Klinik I.____ (Dezember 2008 bis April 2009) wenig gebracht habe. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer wegen mangelnder Konzentrationsfähigkeit sowie der Schmerzen nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten, leichten Tätigkeit sei er ca. eine Stunde, in einem geschützten Rahmen ca. zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig. Seine Leistungsfähigkeit sei um 60 % vermindert. Die RAD-Ärztinnen Dr. J.____ und Dr. E.____ sind aufgrund des Assessmentgesprächs vom 2. Februar 2010 zum Schluss gekommen, dass aus medizinischer Sicht eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft derzeit nicht vorstellbar sei. Im geschützten Rahmen wäre er objektiv betrachtet wohl anfänglich für zwei Stunden täglich arbeitsfähig. Am 15. April 2011 haben dieselben RAD-Ärztinnen erklärt, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig sei. Die Klinik



I. ___ hat am 30. August 2011 berichtet, dass der Beschwerdeführer weiterhin auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Am 11. November 2011 hat die RAD-Psychiaterin Dr. J. ___ festgehalten, dass der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers instabil sei und deshalb die Art und der Umfang einer adaptierten Tätigkeit noch nicht festgelegt werden könne. Dr. D. ___ hat am 11. März 2012 berichtet, dass der Gesundheitszustand stabil, aber miserabel sei. Der Beschwerdeführer sei fast vollständig passiv. Er könne nicht einmal mehr die alltäglichen Lebensverrichtungen selber vornehmen; nur noch die körperliche Hygiene klappe. Er habe nicht den Eindruck, dass die sechsmonatige Hospitalisation irgendetwas gebracht habe. Es gehe überhaupt nicht vorwärts. Die Klinik N. ___ hat am 12. November 2012 angegeben, dass der Beschwerdeführer psychomotorisch deutlich verlangsamt sei und dass sowohl Konzentrations- als auch Merkfähigkeitsstörungen bestünden. Der Beschwerdeführer leide unter einer ausgeprägten Anhedonie und Interessenlosigkeit. Eine umfangreiche arbeitstherapeutische Untersuchung im Verlauf der Hospitalisation habe erheblich verminderte Fähigkeiten in allen geprüften Bereichen gezeigt. Es bestünden deutliche Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen; teilweise sei die Auffassungsgabe bei einfachen Instruktionen gestört. Eine Integration des Beschwerdeführers sei höchstens im geschützten Rahmen möglich. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die behandelnden Psychiater seit Sommer 2008 durchwegs von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen sind. Die behandelnden Psychiater haben die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit stringent und detailliert umschrieben. Der letzte stationäre Aufenthalt in der Klinik N. ___ hat noch einmal eindrücklich gezeigt, dass der Beschwerdeführer in seinem Konzentrations- und Auffassungsvermögen, seiner Anpassungsfähigkeit sowie seiner Belastbarkeit stark eingeschränkt ist und sogar mit der Erledigung einfachsten Aufgaben überfordert ist. Hinzu kommt, dass sich der psychische Gesundheitszustand trotz intensiver psychiatrischer Therapien, insbesondere vier stationären, mehrmonatigen Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken nie längerfristig wesentlich verbessert hat. Es muss daher mit den behandelnden Psychiatern davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer seit Sommer 2008 wegen der rezidivierenden, mittel- bis schwergradigen depressiven Störung zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der RAD-Ärztinnen, wonach der Beschwerdeführer trotz dieser Symptome in einer adaptierten Tätigkeit zu



60 % arbeitsfähig sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Einerseits haben sie ihre Einschätzung nicht begründet. Andererseits hat sich der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Aussage der RAD-Ärztinnen in stationärer Behandlung befunden. Die RAD-Ärztinnen haben ihre Einschätzung im November 2011 dann auch quasi widerrufen, indem sie erklärt haben, dass der psychische Zustand instabil sei und die Art und der Umfang einer adaptierten Tätigkeit noch nicht festgelegt werden könne. Dass sich die oben umschriebene, stark ausgeprägte Symptomatik (Konzentrations- und Auffassungsstörungen etc.) nicht durch eine "zumutbare" Willensanstrengung überwinden lässt, ist offenkundig und insbesondere durch die gescheiterten, intensiven Therapieversuche belegt, zumal die behandelnden Ärzte immer wieder betont haben, dass sich der Beschwerdeführer in der Therapie durchaus motiviert und kooperativ gezeigt habe (vgl. z.B. Bericht der Klinik I.____, IV-act. 37 - 8, Bericht von Dr. D.____, IV-act. 42 - 4 und Bericht der Klinik N.____, IV-act. 112 - 3). Die sog. "Schmerzpraxis" des Bundesgerichts ist vorliegend nicht anwendbar, da sich die depressive Störung vor der somatoformen Schmerzstörung entwickelt hat und darüber hinaus schon allein aufgrund ihres Schweregrades als eigenständiges psychisches Leiden qualifiziert werden muss. Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Sachverständigen Dr. L.____ sowie die Ausführungen der RAD-Psychiaterin Dr. M.____ ist folgendes anzumerken: Was der Auslöser einer psychischen Erkrankung gewesen ist, spielt für die Frage, welche Arbeitsleistungen einer versicherten Person noch zugemutet werden können, keine Rolle. Entscheidend ist einzig, ob die durch die (psychische) Erkrankung bedingte Symptomatik die Arbeitsfähigkeit einschränkt oder nicht. Die Aussage von Dr. M.____, der Beschwerdeführer sei aus rein medizinischer Sicht in jeglicher Tätigkeit nicht arbeitsfähig, aus versicherungsmedizinischer bestehe jedoch eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit adaptiert, ist somit in sich widersprüchlich und weist deshalb keinen Beweiswert auf. Ob der Beschwerdeführer neben der depressiven Störung auch wegen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt gewesen ist, kann angesichts der bereits allein gestützt auf die depressive Störung ausgewiesenen 100 %igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit offen gelassen werden.

2.5 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf als Maschinenführer auch aus somatischer Sicht seit der letzten Umbilicalhernienoperation im März 2008 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist, da es sich bei dieser Tätigkeit um



eine körperlich zumeist schwere Arbeit in rückenhygienisch ungünstigen Arbeitspositionen handelt. Der rheumatologische Sachverständige hat erklärt, dass dem Beschwerdeführer körperlich leichte Arbeiten ganztags zumutbar seien. Seine Leistungsfähigkeit sei jedoch um 20 % eingeschränkt, da er schmerzbedingt vermehrte Pausen benötige und ein langsames Arbeitstempo vorweise. Der rheumatologische Sachverständige hat in seinem Teilgutachten jedoch darauf hingewiesen, dass ein Hernienspezialist beurteilen müsse, ob bzw. wie weit der Beschwerdeführer wegen der Herniensituation abdominal weitergehend eingeschränkt sei; er selbst sei hierzu nicht kompetent. Zudem müsste noch einmal die Behandlungsmassnahme des vermuteten Nabelhernienrezidivs diskutiert werden. Im Hauptgutachten, welches von einem Allgemeinmediziner und einem anderen Rheumatologen unterzeichnet worden ist, ist demgegenüber festgehalten worden, dass auch durch eine erneute Hernienoperation keine wesentliche Besserung der Gesamtsituation zu erwarten sei. Eine zusätzliche Einschränkung der aus rheumatologischer Sicht attestierten Restarbeitsfähigkeit von 80 % lasse sich gemäss ihrer Einschätzung nicht begründen. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung aus somatischer Sicht überzeugt nicht: Es ist nicht einzusehen, weshalb die das Hauptgutachten unterzeichnenden Ärzte, bei denen es sich nicht um Hernienspezialisten handelt, die Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf die Herniensituation abdominal ohne Weiteres einschätzen können sollen, während sich der rheumatologische Sachverständige hierzu nicht als kompetent erachtet hat. Auch nicht nachvollziehbar ist, weshalb die unterzeichnenden Ärzte von Vornherein eine Besserung der Gesamtsituation durch eine erneute Hernienoperation ausschliessen, obwohl als Ursache des chronische Halbseitenschmerzsyndroms links nachweislich die Schonhaltung wegen der Abdominalschmerzen angesehen worden ist und zumindest ein (der Beschwerdeführer spricht von zwei) Hernienspezialist eine erneute Operation als klar indiziert erachtet hat. Die Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit somit nicht rechtsgenügend ermittelt. Sie hat dadurch gegen ihre Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG verstossen. Da der Beschwerdeführer jedoch bereits aufgrund der depressiven Störung in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ist, ist von einer Rückweisung der Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung der somatischen Seite abzusehen.



2.6 Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 0.-- beträgt der IV-Grad, egal wie hoch das Valideneinkommen ist, 100 %. Der Beschwerdeführer hat folglich Anspruch auf eine ganze Rente.

2.7 Schliesslich ist noch zu prüfen, ab wann der Anspruch auf eine ganze Rente bestanden ist. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Nun ist aber nach dem (lückenfüllend geschaffenen) Übergangsrecht der 5. IV-Revision die altrechtliche Regelung des Rentenbeginns weiter anzuwenden, sofern das Wartejahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens (1. Januar 2008) zu laufen begonnen hat und die Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 erfolgt ist (vgl. das vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebene IV-Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 sowie die Modifikation in BGE 138 V 475). Der Beschwerdeführer ist erst im Oktober 2008 zur Früherfassung angemeldet worden, so dass nicht die altrechtliche, sondern die aktuelle Regelung des Rentenbeginns anwendbar ist. Unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Wartezeit des Art. 29 Abs. 1 IVG (frühestmöglicher Anspruchsbeginn: 1. April 2009) kann das Wartejahr frühestens im April 2008 zu laufen begonnen haben: Der Beschwerdeführer hat sich am 17. März 2008 der dritten Umbilikalhernien-Operation unterzogen. Postoperativ ist es zu einem Wundinfekt gekommen, welcher am 31. März 2008 behandelt worden ist. Wegen eines persistierenden Infektes und einem fehlenden Wundverschluss ist der Abszess am 20. Juni 2008 débridiert und exzidiert worden. Unter antibiotischer Behandlung ist es in der Folge zu einer Abheilung gekommen (IV-act. 26 - 8). Der Beschwerdeführer ist somit bis im Sommer 2008 wegen der Hernienproblematik auch in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsunfähig gewesen. Die depressionsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist ebenfalls im Sommer 2008 eingetreten. Insbesondere auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich eine depressive Störung über einen gewissen Zeitraum entwickelt und sich der Beschwerdeführer im August 2008 erstmals in psychiatrische Behandlung begeben hat, ist davon auszugehen, dass sich die somatisch und die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit überschneiden haben, d.h. dass ab März 2008 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit bestanden hat. Das Wartejahr hat somit am 1. April 2008 zu laufen begonnen. Der Rentenanspruch besteht folglich ab 1. April 2009.



2.8 Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2009 eine ganze Rente zuzusprechen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

3.

3.1 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

3.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxisgemäss eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer entsprechend mit Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 12. März 2013 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2009 eine ganze



Rente zugesprochen; die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.