



**Fall-Nr.:** IV 2006/154  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 22.05.2020  
**Entscheiddatum:** 17.10.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.10.2007**

**Art. 6 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG. Zur Definition der Arbeitsunfähigkeit, die der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens zugrunde liegt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Oktober 2007, IV 2006/154). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_809/2007**

Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz) und Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 17. Oktober 2007

In Sachen

L.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Brühlgasse 39, Postfach 22,  
9004 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- L.\_\_\_\_ meldete sich am 3. September 2003 zum Bezug von IV-Leistungen (Berufsberatung, Umschulung, Rente) an. Dr. med. A.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 18. September 2003, der Versicherte leide an einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom mit muskulärer Dysbalance, Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, paramedian liegender Diskushernie L5/S1 ohne Nervenwurzelkompression und Osteochondrose L5/S1, an einem chronischen zervikovertebralen Syndrom bei Fehlförmigkeit und muskulärer Dysbalance sowie an einem depressiven Zustandsbild mit somatischem Syndrom. In seiner zuletzt ausgeübten (stehenden) Tätigkeit sei der Versicherte seit dem 10. Februar 2003 zu 100% arbeitsunfähig. Je nach der weiteren psychischen Entwicklung werde vielleicht eine rüchenschonende und wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 10 kg zumutbar sein. Gemäss dem beiliegenden Austrittsbericht der Klinik Valens vom 5. Juni 2003 war es zu Beginn des mehrwöchigen Rehabilitationsaufenthalts zu einer Schmerzreduktion und zu einer Verbesserung der Beweglichkeit gekommen. Eine Verlängerung des Rehabilitationsaufenthalts mit einer Intensivierung der verschiedenen Massnahmen hatte dann aber keine Verbesserung mehr gebracht. Die psychische Verfassung des Versicherten hatte sich verschlechtert. Die Ärzte der Klinik Valens hatten deshalb die psychiatrische Behandlung als entscheidend für die Therapie betrachtet. Der Versicherte hatte angegeben, er habe versucht, sitzend zu arbeiten, was aber nicht geholfen habe. Die Ärzte der Klinik Valens waren davon ausgegangen, dass der letzte Arbeitsplatz für den Versicherten eigentlich ideal gewesen war, denn es hatte sich um eine wechselbelastende leichte bis mittelschwere Arbeit gehandelt, die stehend und sitzend ausgeübt werden können. Abschliessend hatten die Ärzte der Klinik Valens eine Arbeitsaufnahme zu 50% empfohlen. Sie waren davon ausgegangen, dass sich die Arbeitsfähigkeit mit der Zeit steigern lasse. Eine MRI-Untersuchung am 17. Juni 2003 hatte eine Diskopathie L5/S1 mit einer sehr kleinen Protrusion L5/S1 median ohne Nervenwurzelkompression aufgezeigt. Der Arbeitgeber des Versicherten teilte der IV-Stelle am 26. September 2003 mit, der Versicherte werde als Mechaniker (Einsatz an der Schleifmaschine und beim Formenzusammenbau) eingesetzt. Ohne den



## St.Galler Gerichte

Gesundheitsschaden würde der Versicherte Fr. 4500.- (x12 zuzüglich Gratifikation) verdienen.

B.- Dr. med. B.\_\_\_\_ vom RAD Ostschweiz empfahl am 6. Februar 2004 eine bidisziplinäre Abklärung. Dr. med. D.\_\_\_\_ teilte in seinem rheumatologisch-orthopädischen Teilgutachten vom 22. Mai 2004 einleitend mit, die psychiatrische Begutachtung werde am 1. Juni 2004 durch Dr. med. C.\_\_\_\_ erfolgen. Er führte aus, der Versicherte habe angegeben, er sei keine Sekunde schmerzfrei, die Schmerzen hätten während der vergangenen Woche praktisch jeden Tag die 10 auf der VAS von 1-10 erreicht, er könne nur noch maximal 500 m gehen, nur mit Schmerzmitteln, wobei allerdings nie der Wert von 7-8 auf der Schmerzskala von 1-10 unterschritten werde, zusätzlich bestünden sich verschlimmernde Nackenschmerzen. Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt gestützt auf die Ergebnisse der klinischen Untersuchung und auf die bildgebenden Verfahren seit 1996 fest, ihm habe sich ein seine Alltagsaktivitäten in dysfunktionaler Weise gänzlich auf das in seiner Vorstellung überaus kranke Bein ausrichtender, im Schmerzgang hilf- weil strategielos gebender Patient gezeigt. Dem Krankheitsverlauf stehe eine vergleichsweise bescheidene Regionalpathologie im Sinne einer etwas über das Altersphysiologische hinausgehenden degenerativen Einsegmenterkrankung gegenüber, deren langjährige bildgebende Dokumentation (1992, 1996, 2002, 2003) auf einen torpiden Involutionvorgang mit bereits 1996 analog sich darstellender promedianer Diskushernie schliessen lasse, was einen Erklärungsbedarf für den geschilderten Schmerzverlauf erforderlich mache. Der Versicherte leide an einem unspezifischen lumbalen Rückenleiden mit einer fehlerverarbeitungsbedingten Chronifizierung und an einer neuroradiologisch fortgeschritteneren degenerativen Segmenterkrankung L5/S1. Das vermöge keine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf zu begründen.

C.- Die Klinik Gais, in der sich der Versicherte vom 25. März bis 6. April 2004 aufgehalten hatte, berichtete der IV-Stelle am 1. Juni 2004, der Versicherte leide seit etwa vier bis fünf Jahren an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4). Anamnestisch bestehe seit dem 10. Februar 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Aus psychiatrischer Sicht sei ab 7. April 2004 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte Arbeit erkennbar. Der Versicherte habe über Schlafstörungen, Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein, sporadische



Schwächeanfälle im linken Arm und einen Druck in der Brust geklagt. Folgende Befunde seien erhoben worden: ordentlich gepflegter, bewusstseinsklarer und allseits orientierter Patient, keine Störung der mnestischen Funktionen, im formalen Denken geordnet, vermehrt klagsam und jammerig, inhaltlich keine Hinweise auf Wahn, Halluzinationen oder Ichstörungen, im Affekt ausgeglichen, affektiv modulierbarer und guter Rapport, im Antrieb leicht vermindert, motorisch unauffällig, ohne Hinweise auf Suizidalität. Der Versicherte brauche weiterhin eine regelmässige ambulante psychotherapeutische Behandlung sowie eine Psychopharmakotherapie. Diese Massnahmen könnten zu einer Stabilisierung führen. Therapeutisch wäre es wichtig, eine Tagesstruktur zu sichern bzw. eine Arbeitsstelle zu vermitteln.

D.- Dr. med. C.\_\_\_\_ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten am 3. Juni 2004 aus, er stütze sich auf die IV-Akten und auf das Teilgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_. Der Versicherte habe angegeben, er könne nur auf der rechten Seite mit angewinkelten Beinen und einem Kissen zwischen den Knien schlafen. Dank der Medikamente schlafe er zwar bald ein, aber er erwache jeweils nach zwei Stunden und dann sei es fertig. Von den dauernden Schmerzen sei er total erschöpft und er habe Angst vor der Zukunft. Er habe eine Traumstelle gehabt und nun sei er zu nichts mehr zu gebrauchen. Dr. med. C.\_\_\_\_ berichtete weiter, das Verhalten des Versicherten bei der Untersuchung sei situativ angepasst gewesen. Der vorerst passive Spontankontakt mit wenig Gesichtsmimik und Einsilbigkeit habe sich allmählich in ein nicht enden wollendes Klagen über die Beschwerden verwandelt. Der Versicherte sei allseits orientiert und bewusstseinsklar gewesen. Es hätten keine Ausfälle in den Bereichen Aufmerksamkeit, Konzentration, Wahrnehmung und Auffassung bestanden. Die Merkfähigkeit sei intakt, der formale Gedankengang unauffällig, aber um die Beschwerden und die Zukunft kreisend gewesen. Der Versicherte sei verbittert, von sich und den Ärzten enttäuscht und zwanghaft. Es bestehe keine weiterführende Pathologie. Die psychotestologische Untersuchung habe eine verschlossene, befangene, einzelgängerische, aggressionsgehemmte, aber hintergründig geltungsbedürftige, etwas unselbständige und naive Persönlichkeit gezeigt. Dr. med. C.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnose: reakt. Angst und Depression gemischt (ICD-10 F 41.2) auf dem Boden einer introvertierten, aggressionsgehemmten und anankastischen Persönlichkeit (ICD-10 F 60.5). Er führte dazu aus, das Untersuchungsergebnis spreche für das Vorliegen eines das übrige psychopathologische Bild dominierenden ängstlich-depressiven Zustands als Reaktion



## St.Galler Gerichte

auf die langanhaltenden chronischen Schmerzzustände. Es handle sich um eine psychogene Störung von Krankheitswert, weshalb eine Arbeitsunfähigkeit von 30% anzunehmen sei.

E.- Auf die Frage der zuständigen Sachbearbeiterin der IV-Stelle, von welcher Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, schlug der Arzt des RAD Ostschweiz am 29. Juni 2004 vor, Dr. med. C.\_\_\_\_ zu bitten, zum Bericht der Klinik Gais Stellung zu nehmen. Dr. med. C.\_\_\_\_ führte am 17. Juli 2004 aus, die Angaben der Klinik Gais seien nicht überzeugend, weil psychiatrisch relevante Daten zum aktuellen Leiden (vorbestehende Neigung zur Konfliktinternalisierung und zu psychosomatischen Reaktionen, aktuelle Insuffizienzgefühle, Depressionen, Ängste mit phobischem Charakter usw.) fehlten und weil die im Psychostatus ansatzmässig erwähnten psychischen Symptome im weiteren nicht adäquat gewertet worden seien. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bedinge eine psychiatrische Komorbidität. Diese finde aber im Bericht der Klinik Gais keine Erwähnung. Diese Diagnose sei auch nicht begründet worden. Er halte deshalb an seiner Beurteilung (Zustand aus Angst und Depression gemischt, etabliert auf der Grundlage [Komorbidität] einer introvertierten, aggressionsgehemmten und anankastischen Persönlichkeit) fest. Diese Persönlichkeitsstruktur sei einer problemverarbeitenden Psychotherapie nicht zugänglich. Auch eine medikamentöse Behandlung könne nur erleichternd wirken. Eine sanatio ad integrum sei nicht zu erwarten. Er gehe weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit des Versicherten von 30% aus. Dr. med. E.\_\_\_\_ vom RAD Ostschweiz betrachtete die Auffassung von Dr. med. C.\_\_\_\_ als nachvollziehbar, weshalb auf sie abzustellen sei.

F.- Der Versicherte teilte am 4. Oktober 2004 mit, er werde mehrere Monate in der psychiatrischen Klinik Wil in Behandlung sein. Die psychiatrische Klinik berichtete der IV-Stelle am 26. Januar 2005, der Versicherte leide seit dem Jahr 2000 an einer depressiven Symptomatik bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) mit zwanghaften Persönlichkeitszügen. Der Versicherte habe angegeben, es bestünden seit etwa einem Jahr Ein- und Durchschlafstörungen. Am Morgen habe er Kopfschmerzen und er fühle sich nicht ausgeruht. Zudem habe er chronische Schmerzen im unteren LWS-Bereich, die sich in Form von Kribbelgefühlen zeigten und die vom linken Bein ausgehend hinauf in den Rücken abstrahlten. Die Schmerzen dauerten schon mehr als sechs Monate an, sie seien diffus und mit allgemeinen



Verspannungsgefühlen, Kopfschmerzen oder Schwindel verbunden. Die die Schmerzen begleitenden Einschränkungen seien nicht vegetativer, sondern motorischer Art. Der Schmerz trete nicht ursächlich auf, sondern komme aufgrund verschiedenster Wahrnehmungen des Versicherten zustande. Die chronischen Schmerzzustände seien mit deutlichen psychischen Folgeveränderungen verbunden. Der Versicherte ziehe sich vermehrt zurück, zeige ein Schonverhalten, baue das Leistungsvermögen ab, sei sexuell vermindert aktiv und zeige Zeichen einer depressiven Symptomatik mit Hoffnungslosigkeit und Selbstwertverlust. Die Therapie bestehe in einer störungsspezifisch auf somatoforme Schmerzstörungen ausgerichteten, psychodynamisch orientierten stationären Psychotherapie mit kognitiv-behavioraler Einzelgesprächstherapie, Bewegungs-Gruppentherapie und Musik-Gruppentherapie. Sie ziele darauf ab, psychologische Interventionen gestuft vorzunehmen. Der Versicherte solle sich gezielt mit dem Schmerz auseinandersetzen, anstatt ihn zu verdrängen. Es stünden Fragen nach den Zusammenhängen zwischen Phantasien und Affekten, Beziehungsverhalten und körperlicher Anspannung im Vordergrund. In einem weiteren Schritt solle der Versicherte dann ergänzende Unterstützung bei starken emotionalen oder sozialen Belastungen, die aus der Erkrankung oder aus dem inadäquaten Krankheitsverhalten resultierten, erhalten. Diese Behandlungsschritte sollten die Basis für eine weiterführende Psychotherapie bilden. Der Versicherte lasse sich inzwischen darauf ein, Zusammenhänge zwischen eigenen Belastungen und den Schmerzsymptomen zu beobachten. Es sei gelungen, dem Versicherten die Grenzen und Ziele der Behandlung aufzuzeigen. Momentan beschäftige sich der Versicherte stark mit Strategien zum Umgang mit den Schmerzen. Mittelfristig könne er sich allenfalls auf eine individualistische Krankheitsbewältigung mit tiefgehender Psychotherapie einlassen. Aufgrund der starken Schmerzsymptomatik sei davon auszugehen, dass sich nicht der Schmerz, wohl aber der Umgang damit verbessern lasse. Der Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig. Der bisherige Verlauf sowie der Therapieprozess liessen vermuten, dass die Schmerzproblematik zu einem beträchtlichen Teil bestehen bleiben werde, dass die Krankheitsbewältigung aber verbesserungsfähig sei. Zukünftig könne von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 30% bei der bisherigen Tätigkeit ausgegangen werden. Der Versicherte würde eine Arbeit mit wenig Zeit- und Leistungsdruck benötigen. Als beste Arbeitszeit gebe der Versicherten den Nachmittag an, da er morgens durch die Schlafstörungen



## St.Galler Gerichte

beeinträchtigt sei. An einer geeigneten Arbeitsstelle könnte der Versicherte allenfalls mehr als 30% arbeiten, wobei dazu keine gesicherten Angaben gemacht werden könnten. Der Austritt aus der Klinik werde am 28. Januar 2005 erfolgen. Dr. med. E.\_\_\_\_ vom RAD Ostschweiz hielt dazu am 8. Februar 2005 fest, die psychische Situation des Versicherten habe sich offenbar in der zweiten Hälfte des Jahres 2004 zunehmend verschlechtert. Zur Zeit betrage die Arbeitsfähigkeit 30%.

G.- Der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 6. Juli 2005, der Versicherte leide an einer mittel- bis schwergradigen depressiven Störung (ICD-10 F 32.11 F 32.2) auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit, an einem chronifizierten Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenveränderungen und an einer nichtorganischen Insomnie. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe jedenfalls seit dem 1. Juli 2003 (Behandlungsbeginn) eine Arbeitsunfähigkeit von 75% im bisherigen Beruf (Schweisser). Der Versicherte sei bewusstseinsklar, vollorientiert, innerlich verspannt, psychomotorisch unruhig und sehr ängstlich. Er äussere Scham- und Schuldgefühle und Zukunftsängste. Es bestünden starke Konzentrationsschwierigkeiten, der Versicherte wirke schnell müde. Weder die ambulante psychotherapeutische Behandlung noch die stationären Aufenthalte hätten eine Besserung gebracht. Es sei zu einer Chronifizierung der Beschwerden gekommen. Die Prognose sei offen, eher ungünstig. Es sei nicht damit zu rechnen, dass der Versicherte die Arbeit wieder aufnehmen können.

H.- Die IV-Stelle ersuchte den RAD Ostschweiz um eine fachpsychiatrische Stellungnahme. Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_ führten am 1. Dezember 2005 aus, Dr. med. C.\_\_\_\_ habe seine Befunde in der Diagnose einer Angst und depressiven Reaktion gemischt zusammengefasst. Dies lasse vermuten, dass Symptome gefehlt hätten, welche die Diagnose einer Depression gerechtfertigt hätten. Die Diagnose der Angst und depressiven Reaktion gemischt werde als Kombination leichterer Symptome definiert. Bei Vorliegen einer schweren depressiven oder angstbetonten Symptomatik müsse unbedingt eine andere Diagnosekategorie gewählt werden. Es gebe keinen Grund, die Konsistenz von Befunderhebung, Zusammenfassung und Bewertung unter der die Arbeitsfähigkeit kaum beeinträchtigende Diagnose anzuzweifeln. In Kombination damit habe Dr. med. C.\_\_\_\_ eine introvertierte, aggressionsgehemmte und anankastische Grundpersönlichkeit festgestellt. Eine Persönlichkeitsdiagnose setze



eine Beobachtung über einen längeren Zeitraum und in verschiedenen Lebenssituationen voraus. Diese Kriterien seien im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar erfüllt. Im Ergänzungsgutachten habe Dr. med. C.\_\_\_\_ dies dann aber wesentlich verbessert, vor allem im Überblick über die mittlerweile zahlreichen Stellungnahmen zum Gesundheitszustand. Damit sei die Persönlichkeitsdiagnose von Dr. med. C.\_\_\_\_ als korrekt zu betrachten. Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik Wil sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung begleitet von einer depressiven Symptomatik diagnostiziert worden. Es sei aber nicht von einer Depression im eigentlichen Sinn der Diagnose gesprochen worden. Weiter seien zwanghafte Persönlichkeitszüge erwähnt worden. Im Mittelpunkt des Berichts habe die Schmerzsymptomatik gestanden, die psychische Folgeveränderungen nach sich gezogen habe. Diese Veränderungen könnten je nach der Schwere als depressive Symptomatik bezeichnet werden. Trotzdem habe die psychiatrische Klinik Wil in der Zusammenfassung nicht die Diagnose einer Depression gestellt. Das bestätige, dass zwar Symptome von Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen und Selbstwertverlust vorhanden seien, dass sie aber in ihrer Ausprägung unter länger dauernder Beobachtung nicht das Ausmass einer Depression erreicht hätten. Aufgrund des zur Verfügung stehenden Beobachtungszeitraums sei davon auszugehen, dass eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden wäre, wenn eine solche vorgelegen hätte. Die Symptomatik der Persönlichkeitszüge sei zwar klinisch aufgefallen, sie habe aber nicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreicht. Eine versicherungsmedizinische Überprüfung der Arbeitsfähigkeitsschätzung zeige, dass die vorgeschlagene Arbeitsunfähigkeit von 70% als Schätzung des Versicherten bezeichnet worden sei. Es sei kein Versuch unternommen worden, diese Selbsteinschätzung zu objektivieren. Beschrieben worden sei aber, dass eine adaptierte Tätigkeit in Frage käme. Der Versicherte würde wegen seiner Morgenmüdigkeit eine Arbeit am Nachmittag vorziehen. Daraus könne für eine adaptierte Tätigkeit auf eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50% geschlossen werden. Wie weit dies durch die Einrichtung einer Tagesstruktur verbessert werden könnte, sei nicht beschrieben worden. Unter Berücksichtigung einer zumutbaren Steigerung befinde man sich aber wieder im Bereich der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. C.\_\_\_\_. Dr. med. F.\_\_\_\_ sei zur Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Störung auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit gekommen.



Er habe diese Persönlichkeit zudem als Persönlichkeitsstörung codiert. Am Schweregrad dieser Einschätzung sei zu zweifeln, da er mehreren Stellungnahmen namhafter und erfahrener Institutionen widerspreche, die diesbezüglich (Depression, Persönlichkeitsstörung) übereinstimmten. Zudem sei die Situation des ambulant behandelnden Therapeuten gut geeignet, um einen dramatischeren Eindruck von der Situation zu bekommen und entsprechend zu dokumentieren, da die versicherte Person im Zeitpunkt der Konsultation hochkonzentriert von ihren Beschwerden berichte, was den Blick von den Alltagsfunktionen und Ressourcen ablenke. Diese Ablenkung sei im stationären Rahmen weniger gegeben und erkläre die unterschiedliche Einschätzung eines im wesentlichen gleichen medizinischen Sachverhalts. Bei richtiger Gewichtung der psychiatrischen Befunde sei von einer Arbeitsfähigkeit in einer dem somatischen Leiden angepassten Tätigkeit von 70% auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit von 30% könne auf Schlafstörungen, Schwierigkeiten bei der Bewältigung der neuen Lebenssituation und beschriebene, aber nicht codierte Persönlichkeitszüge zurückgeführt werden.

I.- Die IV-Stelle legte dem Einkommensvergleich zur Ermittlung des Invaliditätsgrades ausgehend von den Angaben des letzten Arbeitgebers des Versicherten ein Valideneinkommen von Fr. 60'300.- zugrunde. Da ihrer Auffassung nach die frühere Tätigkeit dem Versicherten nach wie vor zumutbar war, errechnete sie auch das zumutbare Invalideneinkommen gestützt auf die Angaben des letzten Arbeitgebers. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% und einem zusätzlichen Abzug von 10% vom reduzierten Einkommen resultierte ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 38'000.-. Daraus resultierte ein Invaliditätsgrad von 37%. Die IV-Stelle wies das Rentengesuch des Versicherten mit einer Verfügung vom 14. Dezember 2005 ab. Der Versicherte erhob am 13. Januar 2006 Einsprache gegen diese Verfügung. Er beantragte die Zusprache einer ganzen Rente. Zur Begründung verwies er auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der psychiatrischen Klinik Wil und des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_, die überzeugender seien als die mehr als eineinhalb Jahre alten Arztberichte, die zudem nur eine Momentaufnahme gewesen seien und die den aktuellen Zustand nicht berücksichtigten. Die IV-Stelle wies die Einsprache am 7. August 2006 ab. Sie begründete diesen Entscheid damit, dass das bidisziplinäre Gutachten A.\_\_\_\_ allen an ein Gutachten zu stellenden Anforderungen genüge. Zudem



hätten die Ärzte des RAD Ostschweiz in einer Gesamtwürdigung die Arbeitsfähigkeitsschätzung der beiden Gutachter bestätigt.

J.- Der Versicherte erhob am 6. September 2006 Beschwerde gegen diesen Einspracheentscheid. Er beantragte die Zusprache einer ganzen Invalidenrente "spätestens ab wann rechtens, allerspätestens jedenfalls mit Wirkung ab 1. Juli 2004", eventualiter die Rückweisung an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung. Zur Begründung führte er sinngemäss aus, es sei auf die Berichte der psychiatrischen Klinik Wil und des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ abzustellen. Diese Berichte beruhten auf Untersuchungen und Beobachtungen über einen längeren, zweifelsohne relevanten Zeitraum, während sich Dr. med. C.\_\_\_\_ auf eine Momentaufnahme habe beschränken müssen. Zudem seien diese Berichte aktueller als das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_. Es sei nicht einzusehen, weshalb sich die IV-Stelle im angefochtenen Einspracheentscheid nicht mit diesen beiden aktuelleren Berichten auseinandergesetzt habe. Diesbezüglich sei von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen. Die Stellungnahme der Ärzte des RAD Ostschweiz überzeuge nicht. Es treffe nicht zu, dass im Bericht der psychiatrischen Klinik Wil mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit lediglich seine eigene Selbsteinschätzung angegeben worden sei. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Ärzte des RAD Ostschweiz den von Dr. med. F.\_\_\_\_ angegebenen Schweregrad des Leidens und damit auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung angezweifelt hätten. Dr. med. C.\_\_\_\_ stehe nämlich mit seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung allein da. Auch die Berichte der psychiatrischen Klinik Wil und des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.\_\_\_\_ erfüllten alle an ein Gutachten zu stellenden Anforderungen. Unter Berücksichtigung auch des körperlichen Leidens sei von einer beträchtlich höheren Arbeitsunfähigkeit als seitens der IV-Stelle angenommen auszugehen. Andernfalls wären zwingend weitere Abklärungen rheumatologisch-orthopädischer Art vorzunehmen. Das psychische und das körperliche Leiden verstärkten sich gegenseitig. Es könne deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass die somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in der durch das psychische Leiden bewirkten Arbeitsunfähigkeit enthalten sei. Sollte das Gericht nicht von einer durch eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit verursachten Arbeitsunfähigkeit von 70% ausgehen, müsse eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgen. Der Validenlohn sei nicht korrekt ermittelt worden, denn die IV-Stelle habe übersehen, dass der effektiv ausbezahlte Lohn unter dem statistischen Durchschnittslohn gelegen habe. Bei der



## St.Galler Gerichte

Ermittlung des Invalideneinkommens hätte ein Abzug von 15-20% vorgenommen werden müssen, da nur noch ganz leichte Tätigkeiten zumutbar seien. Zusammen mit dem Teilzeitnachteil resultiere ein Abzug im Ausmass des zulässigen Maximums (25%).

K.- Am 11. September 2006 reichte der Versicherte einen Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 7. September 2006 ein, laut dem sich seine psychischen Beschwerden verstärkt hatten, so dass eine erneute Hospitalisation in Wil geplant war.

L.- Die IV-Stelle beantragte am 28. September 2006 die Abweisung der Beschwerde. Sie beharrte darauf, dass sie das Valideneinkommen korrekt ermittelt habe, indem sie den Monatslohn mit 13 multipliziert habe. Sie machte ausserdem geltend, bei der Berechnung des zumutbaren Invalideneinkommens dürfe kein Abzug vorgenommen werden.

M.- Der Versicherte wandte am 9. Oktober 2006 ein, er habe gar keinen Anspruch auf einen dreizehnten Monatslohn gehabt. Es habe jeweils nur eine Gratifikation zur Diskussion gestanden. Die IV-Stelle verzichtete am 23. Oktober 2006 auf eine Duplik.

N.- Der Versicherte reichte am 20. November 2006 ein Zeugnis der psychiatrischen Klinik Wil ein, laut dem er während der Hospitalisation zu 100% arbeitsunfähig war. Er verlangte, dass eine allfällige psychiatrische Ergänzungs- oder Oberbegutachtung durch die psychiatrische Klinik Wil erfolgen müsse. Am 13. März 2007 reichte der Versicherte einen Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik Wil vom 22. Dezember 2006 ein. Er war vom 30. Oktober bis 22. Dezember 2006 hospitalisiert gewesen, nachdem er auf eigenen Wunsch eingetreten war. Die Diagnose lautete: leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.01), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), anamnestisch zwanghafte Persönlichkeitszüge, anamnestisch nichtorganische Insomnie. Der Versicherte hatte über Angst, Schlafprobleme, Depression, Vergesslichkeit, und Suizidalität geklagt. Er hatte aber gleichzeitig angegeben, es fehlten ihm der Mut und die Kraft, sich selbst etwas anzutun. Bezüglich der Angst hatte er Zukunftsängste, ein starkes Zittern und fehlendes klares Denken angegeben. Er hatte weiter ausgeführt, die Schlafprobleme beständen seit längerer Zeit, sie seien durch die Medikamente nur teilweise behoben. Er wache oft auf, habe Alpträume und könne nur ein bis zwei Stunden durchschlafen.



## St.Galler Gerichte

Er sei seit 2003 arbeitslos, habe zwischendurch Gelegenheitsarbeiten verrichtet, aber nun seit Januar 2005 keine Arbeit mehr bekommen. Der psychopathologische Status bei Eintritt wurde folgendermassen beschrieben: Freundlich, gepflegtes äusseres Erscheinungsbild, wach, allseits orientiert, Konzentration mittel ausgeprägt gestört, Merkfähigkeit und Gedächtnis unauffällig, kein Anhalt für Befürchtungen, Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen, im Affekt mittel ausgeprägt ratlos, leicht ausgeprägt verarmt, deprimiert sowie hoffnungslos, im Antrieb mittel ausgeprägt verarmt, sozialer Rückzug mittel ausgeprägt, keine zirkadianen Besonderheiten, keine Fremd- oder Selbstgefährdung, leicht ausgeprägte Suizidalität. Zum Therapieverlauf wurde angegeben, zunächst sei eine engmaschige Überwachung mittels Suizidmonitoring vorgenommen worden. Dies habe nach Stabilisierung und Absprachefähigkeit gestoppt werden können. Auf die Schlafstörungen sei mit einer Erhöhung der Medikation reagiert worden, was aber keine Besserung gebracht habe. Deshalb sei die Medikation langsam ausgeschlichen und gestoppt worden. In den stützenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen habe vor allem die Schlafstörung im Fokus gestanden. Der Versicherte habe keine Besserung der Schlafstörungen bemerkt. Bei den Kontrollen durch die Nachtwache sei er oft durchgehend schlafend angetroffen worden. Der psychopathologische Status bei Austritt wurde folgendermassen umschrieben: Wach, allseits orientiert, Aufmerksamkeit und Gedächtnis unauffällig, im formalen Denken mittel ausgeprägt eingengt auf die Schmerzen und die Schlafstörungen, kein Anhalt für Befürchtungen, Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen, im Affekt diskret deprimiert, ängstlich, mittel ausgeprägt klagsam und jammerig, im Antrieb diskret verarmt, keine zirkadianen Besonderheiten, keine Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Arbeitsfähigkeit bei Austritt wurde auf 0% geschätzt, aber mit der Bitte an den Hausarzt um ambulante Reevaluation.

II.

1.- Der Beschwerdeführer hatte mit seiner Anmeldung vom 3. September 2003 die Zusprache beruflicher Eingliederungsmassnahmen (Berufsberatung und Umschulung) und eventualiter die Zusprache einer Invalidenrente beantragt. Die Beschwerdegegnerin hat – dem Wortlaut des Dispositivs ihrer Verfügung vom 14. Dezember 2005 gemäss – das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers abgewiesen.



Bei einer den Wortlaut des Verfügungsdispositivs ernst nehmenden Interpretation müsste davon ausgegangen werden, dass nicht nur das Rentenbegehren, sondern auch das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen worden sei. Tatsächlich hat die Beschwerdegegnerin aber am 14. Dezember 2005 nur das Rentenbegehren abgewiesen. Das lässt sich nicht nur der Verfügungsbegründung, sondern auch dem Ablauf des Einspracheverfahrens entnehmen. Die Beschwerdegegnerin hat nämlich das Einspracheverfahren antragsgemäss bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens betreffend die beruflichen Eingliederungsmassnahmen sistiert. Nach dem Erlass der (unangefochtenen in Rechtskraft erwachsenen) Verfügung vom 30. Januar 2006 hat die Beschwerdegegnerin das Einspracheverfahren weitergeführt. Mit der Beschränkung der Verfügung vom 14. Dezember 2005 auf den Entscheid über das Rentenbegehren hat die Beschwerdegegnerin den Grundsatz der 'Eingliederung vor Rente' nicht verletzt, denn es fehlte ein "Schaden" in der Form einer drohenden rentenbegründenden Invalidität, dessen Eintritt in Erfüllung der allgemeinen Schadenminderungspflicht mittels beruflicher Eingliederungsmassnahmen hätte verhindert werden müssen. Gegenstand der Verfügung vom 14. Dezember 2005, des angefochtenen Einspracheentscheides und damit auch des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet somit ausschliesslich die Frage nach einer allfälligen Rentenberechtigung des Beschwerdeführers.

2.- Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid mit den Berichten der psychiatrischen Klinik Wil und des behandelnden Psychiaters Dr. med. H.\_\_\_\_ auseinandergesetzt, indem sie die entsprechenden Ausführungen in der Stellungnahme der beiden RAD-Ärzte als überzeugend qualifiziert und dies auch begründet hat. Es liegt keine Verletzung des rechtlichen Gehörs als Folge des Fehlens einer Entscheidbegründung vor.

3.- Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte,



wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person, wobei es sich meist in Abweichung vom Wortlaut des Art. 6 Satz 1 ATSG nicht um die Fähigkeit handelt, im bisherigen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten. Massgebend ist vielmehr die Fähigkeit, in dem durch die berufliche Eingliederung erlernten Beruf zumutbare Arbeit zu leisten. Allerdings kommt bei zwei Gruppen von versicherten Personen doch die Arbeitsfähigkeit entsprechend dem Wortlaut des Art. 6 Satz 1 ATSG zur Anwendung. Dies sind zum einen jene versicherten Personen, die nie einen Beruf erlernt und immer nur eine unqualifizierte Hilfstätigkeit ausgeübt haben und die objektiv nicht in der Lage sind, im Rahmen einer beruflichen Eingliederung qualifizierte Berufskennnisse zu erwerben. Bei dieser Gruppe versicherter Personen bildet die Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung optimal angepassten Hilfstätigkeit die Grundlage der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens, da eine Hilfskraft definitionsgemäss ohne eine berufliche Eingliederung jede konkrete Hilfstätigkeit ausüben kann. Die zweite Gruppe versicherter Personen, deren zumutbares Invalideneinkommen auf der Grundlage der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf zu ermitteln ist, besitzt kein einheitliches Merkmal. Es handelt sich nämlich um all jene Fälle, in denen die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf so gering ist, dass das zumutbare Invalideneinkommen weniger als 40% (Art. 28 Abs. 1 IVG) unter dem Valideneinkommen liegt, denn hier besteht keine Pflicht, sich beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu unterziehen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer zu dieser zweiten Gruppe gezählt, da er ihrer Auffassung nach in einer der Gesundheitsbeeinträchtigung angepassten Erwerbstätigkeit zu 70% arbeitsfähig ist. Im Folgenden ist deshalb zunächst zu prüfen, ob diese Auffassung zutrifft.

4.- a) Die Akten enthalten eine Vielzahl von Arbeitsfähigkeitsschätzungen, die ausserordentlich stark voneinander abweichen. Dies gilt allerdings nur für die psychiatrischen Schätzungen. Die aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen stimmen weitgehend überein. Der Hausarzt Dr. med. A.\_\_\_\_ hat am 18. September 2003 unter Verweis auf den Austrittsbericht der Klinik Valens vom 5. Juni 2003 angegeben, eine den Rücken schonende Tätigkeit sei, je nach weiterer psychischer Entwicklung, eventuell in Zukunft möglich. Die Klinik Valens hatte für die Zeit nach dem Austritt eine Arbeitsfähigkeit von



50% angenommen, die sukzessive gesteigert werden sollte. Dabei hatte sie keine Obergrenze angegeben, d.h. sie war implizit davon ausgegangen, dass wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100% erreicht werden könne. Der Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ hat am 22. Mai 2004 festgestellt, dass das Rückenleiden keine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf zu begründen vermöge. In der Folge hat sich die medizinische Behandlung, soweit sich das anhand der Akten nachvollziehen lässt, auf die psychische Beeinträchtigung beschränkt, obwohl der Beschwerdeführer durchgehend über körperliche Beschwerden geklagt hat. Auch die Sachverhaltsabklärung hat sich auf die Folgen der psychischen Erkrankung beschränkt. Hätten die Klagen des Beschwerdeführers eine ausreichende somatische Ursache gehabt, wäre die Behandlung weitergeführt worden, d.h. man hätte wohl wieder eine Operation diskutiert. Auch die Sachverhaltsabklärung wäre bidisziplinär weitergeführt worden. Der Beschwerdeführer selbst hat sich während des gesamten Verwaltungsverfahrens nicht gegen die Beschränkung der Abklärung auf die Folgen des psychischen Gesundheitsschadens gewandt. Weder der psychiatrische Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ noch die behandelnden Psychiater haben Hinweise auf eine ernsthafte Beeinträchtigung der somatischen Gesundheit gefunden. Der Beschwerdeführer hat erst in der Beschwerde eine polydisziplinäre Begutachtung gefordert, ohne allerdings anzugeben, dass sich sein somatischer Gesundheitszustand verschlechtert hätte. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachters Dr. med. D.\_\_\_\_ überzeugt. Es ist überwiegend wahrscheinlich, dass die Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit zwar eine Einschränkung der Art der Erwerbstätigkeit, aber keine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Erwerbstätigkeit zur Folge hat. Dies gilt auch für die Zeit nach der Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, denn es gibt keinen Hinweis darauf, dass sich die körperliche Gesundheit des Beschwerdeführers bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides verschlechtert hätte. Die vom Beschwerdeführer verlangte erneute Begutachtung müsste also nicht polydisziplinär erfolgen, sondern könnte sich auf die Psyche des Beschwerdeführers beschränken.

b) Die psychiatrischen Einschätzungen weichen nicht nur in bezug auf die Arbeitsfähigkeit, sondern auch in bezug auf die Diagnose voneinander ab. Da die Arbeitsfähigkeit auf der Art und dem Ausmass einer Krankheit beruht, ist zunächst zu klären, welche der verschiedenen Diagnosen für sich in Anspruch nehmen kann, mit



überwiegender Wahrscheinlichkeit richtig zu sein. Die Klinik Valens hat am 5. Juni 2003 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom angegeben, die Klinik Gais am 1. Juni 2004 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, der Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ am 3. Juni/17. Juli 2004 eine Angst und Depression gemischt auf dem Boden einer introvertierten, aggressionsgehemmten und anankastischen Grundpersönlichkeit, die psychiatrische Klinik Wil am 26. Januar 2005 eine depressive Symptomatik mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung mit zwanghaften Persönlichkeitszügen, der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ am 6. Juli 2005 eine mittel- bis schwergradige depressive Störung auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit und die psychiatrische Klinik Wil am 22. Dezember 2006 eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und anamnestisch zwanghafte Persönlichkeitszüge. Die Ärzte des RAD Ostschweiz haben sich am 1. Dezember 2005 zu den Unterschieden in der Diagnose geäußert. Sie haben klargestellt, dass zwei Krankheitsbilder vorhanden sind, zum einen ein depressiver Zustand und zum anderen eine Persönlichkeitsstörung. Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 5. Juni 2003 fehlt noch ein Hinweis darauf, dass sich die Persönlichkeit des Beschwerdeführers krankhaft verändert hätte. Dasselbe gilt für den (allerdings sehr knappen) Bericht der Klinik Gais vom 1. Juni 2004. Erst der Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ hat am 3. Juni/17. Juli 2004 eine krankhafte Persönlichkeitsveränderung festgestellt. Die späteren Berichte erwähnen alle in der einen oder anderen Formulierung die krankhaften Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers. Es ist davon auszugehen, dass diese Veränderung schon früh erfolgt ist, denn eine derartige Störung tritt nicht über Nacht ein. Da die Persönlichkeitsveränderung zusammen mit einer depressiven Störung auftritt, kann sie nicht für sich allein, sondern nur in Kombination mit dem depressiven Zustand auf ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers untersucht werden. Dr. med. F.\_\_\_\_ hat als einziger eine mittel- bis schwergradige Störung angegeben. Die psychiatrische Klinik Wil hat dann am 22. Dezember 2006 nur noch eine leichte depressive Episode festgestellt. Sie hat gleichzeitig darauf hingewiesen, dass die vom Beschwerdeführer behauptete und als Hauptursache seiner Depression bezeichnete Schlaflosigkeit nicht habe verifiziert werden können. Die Nachtwache habe nämlich feststellen können, dass er jeweils durchgeschlafen habe. Die Ärzte des RAD Ostschweiz haben am 1. Dezember 2005 festgehalten, mit Ausnahme des



behandelnden Psychiaters habe kein Arzt einen Befund erhoben, der ein die Arbeitsfähigkeit reduzierendes Ausmass der Depression beinhalte. Sie haben zu Recht darauf hingewiesen, dass die Einschätzung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen vermöge. Es ist nämlich eine Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte das Ausmass der Krankheit (und damit den Grad der Arbeitsunfähigkeit) in aller Regel erheblich höher einschätzen als medizinische Sachverständige, die der versicherten Person unbefangen und vor allem unbelastet durch eine lange, meist erfolglose Therapie und durch eine konsequent pessimistische, sich zudem augenscheinlich selbst bestätigende Einschätzung des Patienten gegenüberstehen. Das immer wieder vorgebrachte Argument, die Begutachtung sei nur eine Momentaufnahme, während behandelnde Ärzte ihre Patienten über einen längeren Zeitraum beobachten könnten und ihn und seine Krankheit deshalb besser einzuschätzen vermöchten, ist nicht stichhaltig, denn der unabhängige Sachverständige verfügt über jene Unterlagen, die ihm die Krankengeschichte und damit das vom behandelnden Arzt gesammelte Wissen über den Patienten und dessen Krankheit vermitteln. Darauf kann er bei der Begutachtung aufbauen, so dass seine Abklärung keineswegs nur die behauptete Momentaufnahme ist. Zusammenfassend ist im vorliegenden Fall also davon auszugehen, dass der Krankheitszustand, bestehend in einer Kombination aus einem depressiven Zustand und aus krankhaften Persönlichkeitsveränderungen nach der weit überwiegenden und insbesondere mit der Einschätzung des Gutachters Dr. med. C.\_\_\_\_ übereinstimmenden Auffassung der Ärzte nur leichten Grades ist.

c) Trotzdem weichen die Arbeitsfähigkeitsschätzungen erheblich voneinander ab. Dies dürfte insbesondere darauf zurückzuführen sein, dass die Ärzte keinen einheitlichen Arbeitsfähigkeitsbegriff verwendet haben. Die Arbeitsfähigkeit, die der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens und damit der Bemessung des Invaliditätsgrades zugrunde zu legen ist, definiert sich u.a. auch unter Berücksichtigung der allgemeinen Schadenminderungspflicht. Das bedeutet, dass nicht auf die subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung der versicherten Person, sondern darauf abgestellt werden muss, in welchem Ausmass die Ausübung einer Erwerbstätigkeit objektiv nicht mehr möglich und zumutbar ist. In Erfüllung der Schadenminderungspflicht muss die versicherte Person allen guten Willen aufbringen, um die objektiv verbliebene Arbeitsfähigkeit so weit als möglich in einer Erwerbstätigkeit zu verwerten. Dieser Pflicht zu einer möglichen und zumutbaren Willensanstrengung ist bei der Bemessung



der Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, d.h. die massgebende Arbeitsfähigkeit entspricht jener Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, die eine versicherte Person aufweisen würde, wenn sie sich unter Aufbietung allen guten Willens bemühen und einsetzen würde. In der Regel fehlt den Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte diese Komponente oder sie wird nicht mit der erforderlichen Konsequenz angewendet. Deshalb wird nicht der "Soll-Arbeitsfähigkeitsgrad" angegeben. Dies dürfte auch im vorliegenden Fall die Differenzen erklären. Besonders deutlich ist dies bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung der psychiatrischen Klinik Wil vom 22. Dezember 2006, denn weder die dort gestellte Diagnose noch der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik bietet eine Erklärung für die Annahme, es sei dem Beschwerdeführer auch bei Aufbietung aller Willenskraft nicht möglich oder zumutbar, einer Arbeit nachzugehen. Die Fähigkeit, die Schmerzen und die Begleiterscheinungen einer Depression zu überwinden und die Arbeit soweit als möglich wieder aufzunehmen, hängt von den Mitteln ab, über die eine Person verfügt, um ihren Willen zu beeinflussen. Da sich diese Mittel nicht im Einzelfall messen lassen, muss ein allgemeiner Massstab angelegt werden. Bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden, bei somatoformen Schmerzstörungen usw. ist von der grundsätzlichen Fähigkeit zu einer Willensanstrengung auszugehen, die eine vollumfängliche Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung erlaubt. Eine Ausnahme von dieser Vermutung ist dann gegeben, wenn "eine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vorliegt oder andere qualifizierte, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Kriterien vorliegen ..." (Renato Marelli, Nicht können oder nicht wollen? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, SZS 2007 S. 333). Dr. med. C.\_\_\_\_ hat eine derartige Ausnahme aufgrund einer Komorbidität angenommen. Er hat nämlich die Persönlichkeitsveränderung als so erheblich betrachtet, dass der Beschwerdeführer den grundsätzlich vollständig überwindbaren depressiven Zustand im Ergebnis trotz einer vollen Willensanstrengung nur noch im Ausmass von 70% überwinden könne. Diese Komorbidität wird in den meisten anderen Arztberichten ebenfalls genannt, was ihre Erheblichkeit indirekt bestätigt. Es gibt aber keine Hinweise darauf, dass die Komorbidität von den anderen Psychiatern ebenfalls in derselben Weise auf die Schadenminderungspflicht bezogen und als weit gravierender



eingeschätzt worden wäre als von Dr. med. C.\_\_\_\_. Deshalb ist davon auszugehen, dass einzig die Einschätzung von Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht auf einer subjektiven Selbsteinschätzung der Beschwerdeführers beruht. Da das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ im übrigen alle Anforderungen erfüllt, ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer seiner somatischen Gesundheitsbeeinträchtigung adaptierten Erwerbstätigkeit zu 70% arbeitsfähig ist.

d) Der Beschwerdeführer geht schon seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Sein letzter Arbeitsplatz würde zwar seinen Anforderungen an eine behinderungsadaptierte Tätigkeit entsprechen, ist aber inzwischen nicht mehr frei und könnte u.U. auch gar nicht zu 70% besetzt werden. Dies schliesst es aus, das zumutbare Invalideneinkommen anhand des an der letzten Arbeitsstelle erzielbaren Lohnes zu ermitteln. Rechtsprechungsgemäss ist in dieser Situation auf statistische Lohnangaben abzustellen. Der Beschwerdeführer hat zwar in seiner Anmeldung zum Leistungsbezug angegeben, er habe in seinem Heimatland einen Beruf erlernt. In der Schweiz ist er aber immer nur einer Hilfsarbeit nachgegangen, was seinen beruflichen Fähigkeiten offenkundig entsprochen hat. Auszugehen ist deshalb vom Zentralwert der Löhne aller männlichen Hilfsarbeiter und zwar für alle Branchen, da der Beschwerdeführer überall eine leichte wechselbelastende Hilfstätigkeit ausüben könnte. Dieser Zentralwert belief sich gemäss der Lohnstrukturerhebung 2004 des Bundesamtes für Statistik, Ergebnisse auf nationaler Ebene, Tabelle TA1, auf Fr. 4588.-, umgerechnet von 40 Wochenarbeitsstunden auf den schweizerischen Durchschnitt 2004 von 41,6 Wochenarbeitsstunden auf Fr. 4771.50 bzw. Fr. 57'258.-. Da der Beschwerdeführer im Jahr 2004 Fr. 54'000.- verdient und zusätzlich eine Gratifikation im Betrag eines Monatslohns erhalten hätte (die IK-Einträge belegen die Regelmässigkeit der Ausrichtung einer Gratifikation in dieser Höhe), was einem Jahreslohn von Fr. 58'500.- entspricht, muss das anhand des statistischen Zentralwerts ermittelte Jahreseinkommen von Fr. 57'258.- nicht wegen Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens gekürzt werden. Praxisgemäss kann den indirekt behinderungsbedingten, also nicht bereits durch die Arbeitsunfähigkeit abgegoltenen Nachteilen des Beschwerdeführers auf dem Arbeitsmarkt für Hilfsarbeiten durch einen Abzug von maximal 25% Rechnung getragen werden (vgl. etwa BGE 126 V 75 ff.). Die Beschwerdegegnerin hat im Verwaltungsverfahren einen Abzug von 10% als angemessen betrachtet. Damit hat sie sich im Rahmen ihres



Ermessens bewegt, denn es ist kein Nachteil ersichtlich, der eine Kürzung über den sogenannten Teilzeitnachteil (vgl. die schweizerische Lohnstrukturerhebung 2004, Resultate auf nationaler Ebene, S. 25 oben) hinaus rechtfertigen würde. Insbesondere besteht keine Gefahr, dass der Beschwerdeführer im Vergleich zu seinen gesunden Konkurrenten auf dem Arbeitsmarkt höhere Krankheitsabsenzen aufweisen könnte, die er zur Wahrung seiner Chancen auf einen Arbeitsplatz durch einen tieferen Lohn kompensieren müsste, denn sein Gesundheitszustand ist stabil. Der Beschwerdeführer bedarf auch keiner besonderen Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten oder der Arbeitskollegen und er benötigt keine spezielle Einrichtung des Arbeitsplatzes. Durch seine für einen Hilfsarbeiter überdurchschnittliche Auffassungsgabe wäre er im Gegenteil in der Lage, allfällige indirekt behinderungsbedingte Nachteile durch eine überdurchschnittliche Qualität seiner Arbeitsleistung zu kompensieren. Bei einem Beschäftigungsgrad von 70% und einer anschliessenden Reduktion um weitere 10% resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 36'073.-. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 58'500.- bedeutet dies eine Einkommenseinbusse von Fr. 22'427.- oder 38%. Die Beschwerdegegnerin hat also zu Recht einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint.

5.- Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. der lit. b der Übergangsbestimmungen zur Änderung des IVG vom 16. Dezember 2005).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.