



**Fall-Nr.:** IV 2006/176  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 19.05.2020  
**Entscheiddatum:** 07.12.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.12.2007**

**Soweit die ärztlich anerkannte Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde, beispielsweise psychosoziale oder soziokulturelle, Faktoren mitberücksichtigt, ist die ärztlich anerkannte Arbeitsunfähigkeit entsprechend zu reduzieren (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Dezember 2007, IV 2006/176).**

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Christina Angst

Entscheid vom 7. Dezember 2007

In Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eugen Koller, LL.M., St. Jakob Strasse 37, 9000 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.- a) Der 1965 geborene A.\_\_\_\_ meldete sich am 2. Oktober 2001 ein erstes Mal bei der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich eine Rente. Er gab an, die obligatorische Volksschule in der Türkei besucht, aber keinen Beruf erlernt zu haben. Im Januar 1992 sei er in die Schweiz gekommen. Von 1998 bis 2000 sei er vom Sozialamt unterstützt worden. Er sei seit Anfang November 2000 arbeitslos, von 2000 bis 2001 habe er im B.\_\_\_\_ einen Einsatz geleistet. Zur Zeit sei er beim RAV in einem Einsatzprogramm bei der "C.\_\_\_\_". Er leide seit fünf Jahren unter Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte, manchmal auch ins linke Bein. Er sei deswegen von September 1999 bis Juli 2001 bei Dr. med. D.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen, seit August 2001 behandle ihn Dr. med. E.\_\_\_\_ (IV-act. 1).

b) Dr. med. E.\_\_\_\_ berichtete am 8. November 2001 (IV-act. 4) über chronische Kreuzschmerzen mit zum Teil Ausstrahlung in das rechte Bein und kein richtiges Gefühl im rechten Fuss. Der Versicherte leide seit fünf Jahren an diesen Schmerzen, die Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit hätten. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der St. n. einer vor zwei bis drei Jahren erfolgten Exzision eines zum Teil bösartigen Tumors im rechten Unterschenkel. Seit dem 1. September 2001 und bis auf Weiteres sei der Versicherte zu 50% arbeitsunfähig. Der Versicherte sei seit Juli 2001 bei ihm in Behandlung. Vor fünf Jahren sei ihm in der Schweiz bei der Arbeit auf dem Bau ein sehr schwerer Betonklotz gegen das Kreuz geschlagen. Der Versicherte leide an rezidivierenden Lumboischialgien rechts v.a. L5 und S1, an Lähmungen, zum Teil Parästhesien im ganzen rechten Fuss. Dr. med. E.\_\_\_\_ diagnostizierte ein chronisches LVS sowie eine sekundäre Depression. Der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär, die Prognose sei eher schlecht. Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert werden, Physiotherapie habe nur eine kurzfristige Linderung der Schmerzen gebracht, diese seien chronifiziert. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht angezeigt. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit sehr negativ aus, der Versicherte müsse acht Stunden sitzend mit dem rechten Fuss die Nähmaschine treten. Dabei bestehe eine zumindest um 50% verminderte Leistungsfähigkeit. Im bisherigen Tätigkeitsbereich könne die



## St.Galler Gerichte

Arbeitsfähigkeit nicht verbessert werden. Leichte körperliche Tätigkeiten mit wechselnder Belastung des Kreuzes, wobei der Versicherte nicht lange sitzen und nicht lange am gleichen Ort stehen, sondern sich viel bewegen und gehen könne, seien ihm ca. vier Stunden pro Tag zumutbar. Eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe dabei nicht. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit betrage 50%. Realisierbar sei diese 50%-ige Arbeitsfähigkeit eher in Teilzeit, morgens oder nachmittags, mit voller Leistung.

c) Im Fragebogen für den Arbeitgeber vom 14. Dezember 2001 (IV-act. 5) gab das B.\_\_\_\_ an, der Versicherte sei vom 1. Januar bis 30. September 2000 mit einem befristeten Arbeitsvertrag im Rahmen eines Ausgesteuerten-Projekts als Mitarbeiter in der Konfektionsabteilung beschäftigt gewesen. Sein Einsatz sei vom Sozialamt F.\_\_\_\_ finanziert worden. Bei einer Arbeitszeit von 42 Stunden pro Woche habe der Versicherte monatlich Fr. 4'527.--, während der Dauer seines Einsatzes insgesamt Fr. 40'743.-- verdient. Der befristete Arbeitsvertrag sei per 30. September 2000 ausgelaufen, da sich der Versicherte per diesem Datum eine Rahmenfrist für den Leistungsbezug erarbeitet habe. Per 1. Oktober 2000 habe er sich beim zuständigen RAV für Arbeitslosenunterstützung angemeldet. Aus dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IV-act. 8) ist ersichtlich, dass der Versicherte im Jahr 2000 bei seinem Einsatz für das B.\_\_\_\_ von Januar bis September Fr. 42'063.-- verdiente und von Oktober bis Dezember Fr. 10'775.-- Arbeitslosenentschädigung erhielt.

d) Im Ergänzungsblatt R zur Anmeldung vom 2. März 2002 führte der Versicherte aus, im April 1992 habe auf einer Baustelle in G.\_\_\_\_ ein Arbeiter im Kran einen Fehler gemacht, wodurch ein schwerer Betonklotz in den Rücken des Versicherten geprallt sei. Wäre er nicht schnell gelaufen, hätte dies ziemlich sicher zum Tode geführt. Weder die Polizei noch eine andere Stelle habe sich mit dem Ereignis befasst, es seien weder Haftpflichtansprüche eingeklagt noch sei ein Strafverfahren eröffnet worden. Der Versicherte sei am nächsten Tag zum Arzt gegangen, dessen Name sei ihm nicht mehr bekannt.

e) Am 30. Oktober 2001 ordnete die IV-Stelle des Kantons St. Gallen eine Begutachtung des Versicherten durch Dr. med. H.\_\_\_\_ an (IV-act. 13). Diese Exploration fand am 1. Oktober 2002 statt. Dem Gutachten vom 4. November 2002 (IV-act. 17) ist



zu entnehmen, dass der Versicherte an einer kleinen Diskushernie L1/2 ohne Nervenwurzelirritation, einer breitbasigen Diskusprotrusion L5/S1 sowie an einer depressiven Verstimmung litt. Dr. med. H.\_\_\_\_ hielt fest, die subjektiven Beschwerden und objektiv "schmerzhaften" Bewegungen der LWS könnten auf Grund der radiologisch festgestellten kleinen Diskushernie L1/2 sowie der Diskusprotrusion L5/S1 nicht ganz erklärt werden. Die Schmerzverarbeitung werde offenbar durch die gleichzeitig bestehende depressive Verstimmung beeinträchtigt. Nachdem sämtliche bisherigen konservativen Behandlungsversuche erfolglos gewesen seien, müsse auf Grund der Diagnosen und des bisherigen Verlaufs von einer schlechten Prognose bezüglich des subjektiven Schmerzempfindens ausgegangen werden. Aus orthopädischer Sicht könne die vom Versicherten angegebene schmerzbedingte körperliche Beeinträchtigung nicht nachvollzogen werden. Es scheine eher eine Schmerzverarbeitungsstörung vorzuliegen, die durch die Depression verstärkt werde. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden, längeres Sitzen und regelmässiges Drücken eines Fusspedals beim Nähen seien dem Versicherten nicht mehr vollumfänglich zuzumuten. Die bisherige Tätigkeit als Näher sei noch zu ca. 65% zumutbar. Zu mindestens 80% zumutbar seien dem Versicherten jedoch körperlich leichte Tätigkeiten, die abwechslungsweise sitzend und stehend durchgeführt werden könnten ohne dass unphysiologische, insbesondere gebeugte, Körperhaltungen regelmässig eingenommen werden müssten und bei denen keine Gegenstände über 5 kg regelmässig gehoben oder getragen werden müssten. Relevante objektivierbare Auswirkungen eines Unfalls lägen nicht vor. Die Arbeitsfähigkeit werde auch beeinträchtigt durch die gleichzeitig vorliegende depressive Verstimmung, die die Schmerzempfindung und -verarbeitung negativ beeinflusse. Unter anderen Umständen wäre die Arbeitsunfähigkeit wahrscheinlich deutlich geringer. Eventuell könne durch eine nochmalige medikamentöse Behandlung, insbesondere auch der Depression, sowie einer Physiotherapie mit anschliessender intensiver Trainingstherapie der paravertebralen Rückenmuskulatur eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erzielt werden.

f) Am 26. Juni 2003 (IV-act. 26) verfügte die IV-Stelle St. Gallen ausgehend von einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit, dass dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 20% keine IV-Rente zustehe. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.



B.- a) Am 25. Januar 2005 meldete sich A.\_\_\_\_ ein zweites Mal bei der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich eine Rente. Er gab an, in der Türkei die Primar- und Mittelschule sowie das Gymnasium bis zur zweiten Klasse besucht zu haben. In der Türkei habe er von 1986 bis 1990 als Maler, von 1990 bis 1991 als Schneider gearbeitet. Am 15. Januar 1992 sei er in die Schweiz gekommen, wo er als Hilfskoch im Restaurant I.\_\_\_\_ sowie als Schneider im B.\_\_\_\_ gearbeitet habe. Seit dem 1. August 2002 sei er vollständig arbeitsunfähig. Er leide an Schmerzen im rechten Bein, im Rücken und in der rechten Schulter sowie an Muskelschmerzen und er habe psychische Probleme. Im Oktober 1999 sei er am rechten Bein operiert worden (IV-act. 27).

b) Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. K.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH spez. Blutkrankheiten, diagnostizierte gemäss Arztbericht vom 14. Februar 2005 (IV-act. 33) eine chronische depressive Verstimmung, St. n. Exzision einer proliferierenden nodulären Faszitis antero-lateraler Unterschenkel rechts, ein Lumbovertebralsyndrom bei Diskus-Protrusion L5/S1 sowie eine kleine Diskushernie L1/L2 ohne Nervenwurzelirritation. Diese Diagnosen bestünden seit 1999 und hätten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt fest, er kenne den Versicherten seit Ende August 2004. Die Hauptprobleme seien lumbale Rückenschmerzen, die sich beim Heben und Tragen von Lasten sowie bei längerem Sitzen und Gehen verstärkten, Schmerzen am Unterschenkel rechts lateral im Bereich der Narbe nach Exzision einer Faszitis und eine chronische depressive Verstimmung. Wegen der depressiven Verstimmung sei der Versicherte in Behandlung bei Dr. med. L.\_\_\_\_. Der Gesundheitszustand des Versicherten sei besserungsfähig und könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei angezeigt. Der Versicherte arbeite seit längerer Zeit nicht mehr. Zumutbar seien ihm körperlich wenig belastende Tätigkeiten zu 50-80%, je nach Art. Eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe dabei nicht.

c) Dr. med. L.\_\_\_\_, Neurologie, teilte mit Arztbericht vom 15. März 2005 (IV-act. 35) mit, der Versicherte sei seit Juli 2003 bei ihm in Behandlung. Er habe ihn bis jetzt in ein- bis zweimonatigen Abständen gesehen. Der Versicherte klage stets über Schmerzen im Nacken-, Schulter- und Rückenbereich, Schmerzausstrahlungen in die Beine und Arme und wandernde Schmerzen im ganzen Körper mit rechtsseitiger Betonung. Ausser



diesen subjektiven Beschwerden lägen keine objektiven Befunde vor, die für die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten von Bedeutung wären. In psychischer Hinsicht wirke der Versicherte immer schwach, energielos, habe eine deutlich reduzierte Vitalkraft, sei unsicher, stark zurückgezogen und wortkarg. Er leide an Antriebsarmut und Motivationsmangel, wirke öfters sehr zerstreut und habe möglicherweise Aufmerksamkeits-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, die sich mit starker Vergesslichkeit, Zerstreutheit und Konzentrationsstörungen bemerkbar machten. Die Behandlung habe bisher in unterstützenden Gesprächen in türkischer Sprache sowie im Versuch, eine antidepressive Medikation in die Wege zu leiten, bestanden. Der Versicherte reagiere auf verschiedene Medikamente mit Nebenwirkungen. Eine nennenswerte Besserung habe bisher nicht festgestellt werden können. In der freien Wirtschaft könne der Versicherte keine Tätigkeiten längerfristig ausüben. Medizinisch-theoretisch seien ihm sehr einfache leichte Tätigkeiten im Umfang von 30-40% zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit zu etwa 40-50% reduziert sei. Der Versicherte habe eine deutlich reduzierte Belastbarkeit, Antriebsarmut, reduzierte Vitalkraft, Konzentrationsstörungen und stark störende Schmerzen, die sich auf seine Tätigkeiten ungünstig auswirkten. Das klinische Bild sei chronifiziert und bisher therapieresistent geblieben. Die Prognose sei ungünstig, eine Besserung sei nicht zu erwarten.

d) Am 20. Mai 2005 ordnete die IV-Stelle des Kantons St. Gallen eine Begutachtung des Versicherten im Psychiatricentrum Breitenau (Dr. med. M.\_\_\_\_), Schaffhausen, an (IV-act. 39). Die Exploration wurde von Dipl.-Psych. N.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Psychotherapeut SVKP/FSP, und von Dr. med. M.\_\_\_\_, unter Beizug einer Dolmetscherin, durchgeführt. Dem Gutachten vom 10. Oktober 2005 (IV-act. 41) ist zu entnehmen, dass der Versicherte an einer anhaltenden Depression leichten bis mittleren Grades (ICD 10: F32.0/F32.1) sowie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD 10: F45.4), differentialdiagnostisch an einer Dysthymie (ICD 10: F34.1), leide. Diese Diagnosen hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte sei im äusseren Verhalten unauffällig gewesen, habe eine gute und lebhaft Mimik und Gestik gezeigt, sei in der Sprechweise etwas leise gewesen und habe fast ununterbrochen geredet, erklärend, hinzufügend. Er sei stets bewusstseinsklar gewesen, die Orientierung sei in allen Qualitäten immer gegeben gewesen. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig, die Aufmerksamkeit und Konzentrationsleistung seien stets adäquat gewesen. Er habe keine Auffassungsstörung, auch keine



Gedächtnisstörung über frühere Gegebenheiten gezeigt. Die Affektivität sei angepasst gewesen, kein Gefühl der Gefühllosigkeit, keine Affektverarmung. Es habe keine Auffälligkeiten im Antrieb und in der Dynamik gegeben. Eine Tageskurve habe sich nicht finden lassen, jedoch eine Tendenz zum sozialen Rückzug. Hinweise für ein psychotisches Geschehen hätten sich nicht finden lassen, ebensowenig Angst- und Zwangspänomene, keine dissoziativen Momente. Relevante Faktoren für die Arbeitsfähigkeit seien die Ausdauer, die Durchhaltefähigkeit, Flexibilität, Wendigkeit, Entscheidungsfähigkeit, das kritische Denkvermögen, der gegebene Überblick über die Zusammenhänge, die Reizverarbeitung, der Antrieb, die Motivation und die Energie. Beim Versicherten hätte sich in diesen Bereichen keine völlige Blockade gefunden, das äussere Verhalten sei angepasst und unauffällig gewesen, die Persönlichkeit sei dynamisch erschienen, mit genügend Energie verbunden und in der Stimmung zwar leicht dysthym, aber nicht in der Gefühllosigkeit versinkend. Auch die kognitiven Funktionen seien intakt gewesen, die Orientierung sei gelungen, der Versicherte habe sich mit dem Auto zurecht gefunden und habe seine Situation gut darlegen können. Bezüglich der Durchhaltefähigkeit sei zu sehen, dass der Versicherte eigentlich nie in einem Arbeitsprozess integriert gewesen sei, bei dem äussere Erwartungen (eines Arbeitgebers) zu erfüllen gewesen seien, womit eine "Veränderung" (= depressive Minderung) nicht fassbar sei. Die aufgeführten, für eine Arbeitsfähigkeit relevanten Fähigkeiten seien in leichtem bis höchstens mittlerem Grade tangiert, d.h. die Ausdauer, die Durchhaltefähigkeit, Flexibilität, Wendigkeit, der Antrieb, die Motivation und die Energie seien in genanntem Masse reduziert, weniger die Entscheidungsfähigkeit, das kritische Denkvermögen und der Überblick über die Zusammenhänge sowie die Reizverarbeitung. Insofern werde eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40% angenommen, wobei festzuhalten sei, dass ein Teil der psychischen Störungen im Missverhältnis des Versicherten zu seiner Ex-Frau bedingt sei, so dass von einem Anteil von mindestens 10% IV-fremden Faktoren auszugehen sei. Psychische Störungen, die das Arbeitsumfeld tangieren würden, lägen keine vor. In prognostischer Hinsicht sei auf der psychischen Achse eine konstante Behandlung zu wenig durchgezogen worden. Die Gesprächsmöglichkeiten (alle ein bis zwei Monate) seien zu wenig und die antidepressive Medikation sei zu wenig konstant verfolgt worden - der Versicherte habe zwar ein Antidepressivum, nehme es aber nur, wenn es ihm besonders schlecht gehe. Aufgrund der mangelnden Deutschkenntnisse des



Versicherten sei eine Behandlung im ambulanten Setting wahrscheinlich sehr schwierig und unbefriedigend. Zu empfehlen sei deshalb eine konstante psychiatrische Begleitung inkl. einer klaren medikamentösen Behandlung in einem teilstationären Setting, damit der Versicherte auch wieder einen klar strukturierten Tagesrhythmus finde.

e) Der RAD stellte gestützt auf dieses Gutachten eine invaliditätsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit von 20-30% fest (IV-act. 42).

f) Im Schlussbericht vom 23. Dezember 2005 (IV-act. 45) hielt die Eingliederungsberaterin fest, dass der Versicherte nur sehr wenig Deutsch verstehe. Er habe im Jahr 2000 während neun Monaten als Näher in einem Ausgesteuertenprojekt mit befristetem Vertrag gearbeitet. Das B.\_\_\_\_ habe bestätigt, dass der Versicherte professionell gearbeitet und wenig Absenzen ausgewiesen, jedoch immer wieder wegen Beschwerden mit seinem Bein und zum Teil auch dem Rücken/Nacken geklagt habe. Das RAV O.\_\_\_\_ habe bestätigt, dass der Versicherte ab 1. Oktober 2000 zu 50% gemeldet gewesen sei. Die Akten seien nicht mehr archiviert, lediglich ein paar Grunddaten. Vom 13. August bis 30. November 2001 habe der Versicherte in der "C.\_\_\_\_" und vom 1. Februar bis 31. Mai 2002 in der Projektwerkstatt gearbeitet. Die Abmeldung sei per 1. Juni 2002 erfolgt mit dem Code "nicht vermittlungsfähig". Der Versicherte habe der Eingliederungsberaterin mitgeteilt, es sei ihm überhaupt nicht möglich, irgendeine Arbeit auszuführen. Da er sich subjektiv nicht arbeitsfähig fühle, könne von Seiten der Eingliederungsberatung keine weitere Eingliederungsmassnahme vorgenommen werden. Der Versicherte habe in der Schweiz ausschliesslich in Kurzeinsätzen gearbeitet und die Löhne im Ausgesteuertenprojekt würden von den Gemeinden festgelegt. Die Eingliederungsberaterin führte deshalb den Einkommensvergleich gestützt auf den LSE Tabellenlohn durch. Sie berichtete, zu vergleichen seien ein Valideneinkommen von Fr. 59'316.-- (LSE Tabellenlohn 2005, privater Sektor, Niveau 4) und ein Invalideneinkommen von Fr. 40'928.-- (LSE Tabellenlohn 2005, privater Sektor, Niveau 4, angepasst auf eine Arbeitsfähigkeit von 75% und unter Vornahme eines Teilzeitabzuges von 8%).



g) Am 5. Januar 2006 verfügte die IV-Stelle St. Gallen, die Arbeitsvermittlung werde abgeschlossen, da sich der Versicherte subjektiv nicht arbeitsfähig fühle und die Voraussetzungen für weitere Eingliederungsmassnahmen in Form von Arbeitsvermittlung somit nicht erfüllt seien (IV-act. 50). Diese Verfügung wurde nicht angefochten und erwuchs in Rechtskraft.

h) Am 6. Januar 2006 verfügte die IV-Stelle St. Gallen ausgehend von einer invaliditätsbedingten 25%-igen Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit, dass der Versicherte bei einem Invaliditätsgrad von 31% keinen Rentenanspruch habe (IV-act. 51).

C.- a) Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 2. Februar 2006 mündlich Einsprache mit dem Antrag, es sei ihm aufgrund voller Arbeitsunfähigkeit eine Rente zuzusprechen (IV-act. 54). Am 15. März 2006 reichte Rechtsanwalt lic. iur. Eugen Koller eine schriftliche Einsprachebegründung nach mit den Anträgen, die Verfügung vom 6. Januar 2006 sei vollumfänglich aufzuheben und dem Versicherten sei eine volle Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei das Einspracheverfahren bis zum Vorliegen der schriftlichen Stellungnahme von Dr. med. L.\_\_\_\_ betreffend das Gutachten vom 10. Oktober 2005 sowie des Austrittsberichts der Klinik Gais zu sistieren. Hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Versicherten könne insbesondere auf den Arztbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 15. März 2005 verwiesen werden, gemäss welchem von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60-70% auszugehen und der Versicherte in dieser vorhandenen Arbeitsfähigkeit zu etwa 40-50% eingeschränkt sei. Somit habe der Versicherte Anrecht auf eine volle IV-Rente. Da dieser Arztbericht dem Gutachten von Herrn N.\_\_\_\_, Psychiatriezentrum Breitenau, widerspreche, in welchem dieser dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als 40% attestiere, wobei 10% auf IV-fremde Faktoren zurückzuführen seien, sei es unumgänglich, ein weiteres Gutachten einzuholen. Dr. med. L.\_\_\_\_ werde noch ausführlich zu diesem Gutachten Stellung nehmen. Des Weiteren gehe Dr. med. L.\_\_\_\_ davon aus, dass beim Versicherten eine deutliche Aufmerksamkeits-, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörung vorliege. Diesbezüglich sei keine eingehende Abklärung erfolgt, was durch die Einholung eines entsprechenden (ev. neuropsychologischen) Gutachtens nachzuholen sei. Ferner sei darauf hinzuweisen, dass gemäss dem Gutachten vom 10. Oktober 2005 zwar von einer Arbeitsunfähigkeit von 30-40% auszugehen sei, aber 10% davon



auf IV-fremde Faktoren zurückzuführen seien. Die IV gehöre zu den finalen Versicherungszweigen, was heisse, dass die Ursache der Arbeitsunfähigkeit nicht massgebend für die Leistungen dieser Versicherung sei. Wenn eine dauernde Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit vorliege, seien die Leistungen geschuldet, unabhängig davon, auf welche Ursachen die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit zurückzuführen sei. Auch bei einer Invalidität von 40%, von der auch gemäss dem Gutachten vom 10. Oktober 2005 auszugehen sei, habe der Versicherte zumindest Anspruch auf eine Viertelsrente. Aufgrund des physischen und vor allem psychischen Zustandes des Versicherten sei zudem nicht ersichtlich, welcher konkrete Arbeitsmarkt und welche konkreten Beschäftigungen für den Versicherten in Frage kommen würden. Dies sei auch der Verfügung vom 6. Januar 2006 nicht zu entnehmen. Der Gesundheitszustand des Versicherten sei gemäss der Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_ derart schlecht, dass sich kein Arbeitgeber finden lasse, der einen solchen Arbeitnehmer einstellen würde. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass aufgrund der Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_ von einer Invalidität von mindestens 70% auszugehen sei, weshalb dem Versicherten eine volle IV-Rente zustehe. Zumindest seien weitere Abklärungen notwendig, um den Grad der Invalidität des Versicherten bestimmen zu können. Aufgrund der Tatsache, dass ein Klinikaufenthalt in Gais bevorstehe, sollte auch der Austrittsbericht dieser Klinik abgewartet werden, bevor über die Invalidenrente definitiv entschieden werde.

b) Mit Schreiben vom 10. Mai 2006 (IV-act. 61) reichte RA lic. iur. Eugen Koller die Stellungnahme von Dr. med. L.\_\_\_\_ zum Gutachten vom 10. Oktober 2005 nach. Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2006 (IV-act. 62) fest, der Gutachter, Dipl. Psych. N.\_\_\_\_, erwähne, dass der Versicherte praktisch kein Deutsch spreche und zu den Gesprächen eine Dolmetscherin hinzugezogen worden sei. Ein Patient mit erheblichen psychischen Beschwerden könne grundsätzlich in einer Fremdsprache psychiatrisch nie richtig exploriert und begutachtet werden. Auch bei guter sprachlicher Kommunikation benötige man viel mehr als eineinhalb Stunden, um einen psychisch kranken Menschen richtig zu explorieren. Dr. med. L.\_\_\_\_ führte aus, er kenne den Versicherten seit Juli 2003 und habe ihn seither 15 Mal in seiner Praxis gesehen und mehrmals telefonisch mit ihm gesprochen. Er unterhalte sich mit dem Versicherten auf Türkisch. Er sei Neurologe mit grosser psychiatrischer Erfahrung und betreue sehr viele Landsleute mit psychischen Beschwerden seit über zehn Jahren. Er habe den Versicherten zeitlich und fachlich genügend exploriert und gebe keine



Gefälligkeitsberichte ab, weshalb man seine Beurteilung über die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht ausser Acht lassen könne. Das Gutachten beruhe nur auf subjektiven Eindrücken über die kognitiven Funktionen und Psychopathologie des Versicherten. Die kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Konzentration, Gedächtnis) und Affekt, Antrieb, Vitalkraft, Belastbarkeit und Ausdauer des Versicherten seien nicht durch Tests objektiviert worden. Der Gutachter erwähne als objektive Befunde nur seine Eindrücke und dies ziemlich falsch. Gemäss Gutachter habe der Versicherte eine gute und lebhaftige Mimik und Gestik, die Aufmerksamkeit und Konzentrationsleistung seien stets adäquat, er habe keine Auffassungs- oder Gedächtnisstörungen, es gebe keine Auffälligkeiten im Antrieb und in der Dynamik. Dies seien subjektive Eindrücke. Das Gutachten müsse deshalb abgelehnt werden. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht für jegliche körperliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft höchstens zu 30-40% arbeitsfähig, wobei er seine Leistung nur zu 50% erbringen könne. Er sei daher praktisch zu 100% arbeitsunfähig.

c) Mit Schreiben vom 21. Juli 2006 (IV-act. 68) teilte RA lic. iur. Eugen Koller der IV-Stelle auf deren Anfrage vom 29. Juni 2006 (IV-act. 66) hin mit, der Klinikaufenthalt des Versicherten in Gais habe nicht stattfinden können.

d) Mit Einspracheentscheid vom 10. August 2006 (act. G 1.2) wies der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen (SVA) die Einsprache ab. Entgegen der Ansicht des Versicherten sei dieser im Psychiatricentrum Breitenau ausführlich untersucht worden. Im Gutachten werde auf die Schilderungen des Versicherten umfassend eingegangen, die gefundenen Befunde würden ausreichend diskutiert und anschliessend werde eine ausführliche Beurteilung und eine Prognose abgegeben. Die Dauer der Untersuchung sei nicht massgebend, es komme vielmehr darauf an, ob ein Gutachten inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sei. Die Ansicht des Versicherten, es hätten Tests durchgeführt werden müssen, sei unbegründet. Ein Psychiater stelle bei der Beurteilung auf seine Beobachtungen während der Exploration und auf die Anamnese ab. Es gebe keine Hinweise, dass im psychiatrischen Gutachten die psychischen Leiden des Versicherten falsch beurteilt worden seien. Die entsprechenden Rügen seien nicht stichhaltig. Der Einschätzung des behandelnden Arztes, Dr. med. L.\_\_\_\_, komme kein ausschlaggebendes Gewicht zu. Dieser sei als Neurologe nicht fachärztlich kompetent, den Versicherten psychiatrisch zu beurteilen.



Einschränkungen aus seinem Fachgebiet habe Dr. med. L.\_\_\_\_ nicht festgestellt. Bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung rüge der Versicherte, es werde zu Unrecht von der geschätzten Arbeitsunfähigkeit von 30-40% ein IV-fremder Anteil von 10% ausgeschieden, da die IV ein finaler Versicherungszweig sei. Das psychiatrische Gutachten attestiere dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40%, wovon ein Anteil von mindestens 10% nicht psychisch bedingt sei, sondern in Problemen des Versicherten mit seiner Ex-Ehefrau wurzle. Es handle sich somit um psychosoziale Faktoren, die bei der Invaliditätsbemessung ausser Acht zu lassen seien. Demzufolge seien diese 10% bei der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30-40% abzuziehen, womit ein Wert von 20-30% resultiere. Von dieser Bandbreite sei der Mittelwert, also 25%, zu nehmen. Weil der Versicherte gemäss seinem Individuellen Konto sehr unregelmässige Erwerbseinkommen erzielt habe, sei sein Valideneinkommen gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik zu bestimmen. Für männliche Hilfsarbeiter habe der Wert im Jahr 2004 Fr. 57'258.-- betragen, was das Valideneinkommen darstelle. Da der Versicherte nicht mehr arbeite, sei das Invalideneinkommen ebenfalls anhand der Tabellenlöhne zu berechnen. Entgegen der Ansicht des Versicherten weise der hypothetische ausgeglichene Arbeitsmarkt geeignete Arbeitsstellen für ihn auf, beispielsweise eine leichte Maschinenbedienung oder leichte Sortier-, Prüf- und Verpackungsarbeiten. Vom Jahreseinkommen von Fr. 57'258.-- sei ein sogenannter Leidensabzug von 10% vorzunehmen, da der Versicherte nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben könne. Somit ergebe sich ein Invalideneinkommen von Fr. 38'649.-- (Fr. 57'258.-- x 0.75 x 0.9), woraus ein Invaliditätsgrad von 33% resultiere.

D.- a) Gegen diesen Entscheid richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Eugen Koller für den Betroffenen am 14. September 2006 erhobene Beschwerde (act. G 1) mit den Anträgen, Ziffer 1 des Einspracheentscheids sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei spätestens ab 26. Juni 2003 eine volle Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei das Beschwerdeverfahren zu sistieren bis die Abklärungsergebnisse des Kantonsspitals St. Gallen vorlägen. Zugleich beantragt RA lic. iur. Eugen Koller für den Betroffenen die unentgeltliche Prozessführung und Prozessvertretung. RA lic. iur. Eugen Koller führt zur Begründung seiner Anträge aus, dem Arztbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 15. März 2005 sei zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch eine leichte Tätigkeit von 30-40%



zugemutet werden könne, er in dieser Tätigkeit aber zu 40-50% eingeschränkt sei, womit die Arbeitsunfähigkeit 75-80% betrage. In seinem Zusatzbericht vom 3. Mai 2006 (act. G 1.3.1) halte Dr. med. L. \_\_\_ zudem fest, die Befunde gemäss dem psychiatrischen Gutachten vom 10. Oktober 2005 des Psychiatriezentrums Breitenau träfen nicht zu und seien auch nicht objektivierbar, sondern gäben allein das subjektive Empfinden der Gutachter wieder. Dr. med. L. \_\_\_ beurteile den Beschwerdeführer im Gegensatz zu den Gutachtern als schwach, energielos, unsicher und stark zurückgezogen. Da Dr. med. L. \_\_\_ den Beschwerdeführer bereits 15 Mal gesehen habe, könne er den Gesundheitszustand besser beurteilen als ein Gutachter, der innert 90 Minuten seine Meinung abgeben müsse. Zudem weise Dr. med. L. \_\_\_ in seinem Zusatzbericht vom 3. Mai 2006 darauf hin, dass der Beschwerdeführer Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen habe. Diese Beschwerden seien nicht weiter abgeklärt worden, insbesondere sei kein neuropsychologisches Gutachten erstellt worden, obwohl sich ein solches geradezu aufgedrängt hätte. Frau Dr. med. P. \_\_\_ beurteile den Zustand des Beschwerdeführers ähnlich wie Dr. med. L. \_\_\_. Sie sei der Ansicht, dass der Beschwerdeführer in einem psychisch desolaten Zustand sei, der auf die somatischen Beschwerden zurückzuführen sei. Da die Unterschenkelbeschwerden trotz der Operation im Jahr 1999 nicht nachgelassen hätten, solle der Beschwerdeführer erneut im Kantonsspital St. Gallen abgeklärt werden (act. G 1.3.2). Aufgrund der unterschiedlichen Ansichten über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers dränge sich eine erneute psychiatrische sowie auch eine neuropsychologische Begutachtung auf. Auf jeden Fall seien aber die Untersuchungsergebnisse der Abklärungen im Kantonsspital St. Gallen abzuwarten, weshalb das Verfahren bis dahin zu sistieren sei. Der zuständige Gutachter des Psychiatriezentrums Breitenau komme in seinem Gutachten vom 10. Oktober 2005 zum Schluss, dass die bestehende Arbeitsunfähigkeit zu 10% auf IV-fremde Faktoren zurückzuführen sei. Angesprochen würden hier die soziokulturellen und familiären Verhältnisse. In diesem Zusammenhang sei festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer eine anhaltende Depression mittleren Grades und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden seien. Es liege auf der Hand, dass bei einem solchen Krankheitsbild familiäre und andere Probleme nicht mehr gleich verkraftet würden wie ohne diese Beschwerden. Da diese familiären und soziokulturellen Faktoren die Auswirkungen der anhaltenden Depression verstärkten, seien diese



ebenfalls mitversichert. Es gehe nicht an, hier einen Abzug von 10% zuzulassen. Bei der Berechnung des Valideneinkommens (recte: Invalideneinkommens) gehe die Vorinstanz von einem Leidensabzug von lediglich 10% aus, der damit begründet werde, dass der Beschwerdeführer nur noch einer leichten Tätigkeit nachgehen könne. Dieser Leidensabzug sei zu tief angesetzt. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Schmerzen und seines psychischen Leidens seit 1992 arbeitsunfähig. Mit der Arbeitsunfähigkeit habe er auch den sozialen Kontakt verloren, was dazu geführt habe, dass er auch heute noch sehr schlecht Deutsch spreche. Es liege auf der Hand, dass es für einen türkischen Staatsangehörigen mit schlechten Deutschkenntnissen und einer seit 1992 andauernden Arbeitsunfähigkeit praktisch unmöglich sei, erneut eine (Teilzeit-) Anstellung zu finden. Diese Faktoren seien überhaupt nicht berücksichtigt worden. Ein Leidensabzug von 25% sei durchaus gerechtfertigt. Im Übrigen sei nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer aufgrund seiner Leiden überhaupt einer Tätigkeit nachgehen könnte bzw. welcher konkrete Arbeitsmarkt und welche konkreten Beschäftigungen für den Beschwerdeführer in Frage kommen würden.

b) Mit Schreiben vom 29. Dezember 2006 (act. G 3) reicht RA lic. iur. Eugen Koller die Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 27. Oktober und 17. November 2006 (act. G 3.1 und 3.2) ein. Gemäss diesen Berichten werden beim Beschwerdeführer chronische Schmerzen im rechten Bein bei Zustand nach Exzisionsbiopsie antero lateral Unterschenkel bei nodulärer Fasziiitis am 5. Oktober 1999 diagnostiziert, die Differentialdiagnose lautet auf ein lumboischalgieförmiges Schmerzsyndrom rechts. Der Beschwerdeführer berichte, seit der Operation im Oktober 1999 Schmerzen im rechten lateralen Unterschenkel im Bereich der Narbe zu verspüren. Weiter störe ihn ein rezidivierendes Kältegefühl und eine subjektive Schwäche im rechten Bein. Die Schmerzen strahlten teilweise von der LWS über den lateralen Oberschenkel bis in den Unterschenkel aus, zeitweise seien die Schmerzen nur im Unterschenkel lokalisiert. Der Befund lautet auf eine blande Narbe im Bereich des rechten lateralen Unterschenkels, dort seien eine diskrete Schwellung und eine mögliche Faszienlücke tastbar. Durchblutung und Sensibilität seien in Ordnung, die Motorik (Zehenheber) etwas abgeschwächt, Fersen- und Zehenspitzenang jedoch problemlos möglich. Lasègue sei negativ, es bestehe eine lokale Klopfdolenz über der LWS. Die Röntgenbilder sowohl der LWS wie auch des Unterschenkels seien unauffällig, ohne wesentliche degenerative Veränderungen. Der



MRI-Befund sei unauffällig, ohne Hinweis auf Rezidiv, Faszienlücke oder sonstige Pathologie. Die vom Beschwerdeführer angegebenen rezidivierenden Schwellungen könnten nicht erklärt werden.

c) Mit Schreiben vom 19. März, 1. und 31. Mai 2007 (act. G 6, 8 und 10) ersucht RA lic. iur. Eugen Koller um weitere Sistierung, da wegen des psychischen Gesundheitszustandes weitere Abklärungen bei Dr. med. Q.\_\_\_\_ im Gange seien. Mit Schreiben vom 29. Juni 2007 (act. G 12) reicht RA lic. iur. Eugen Koller den Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_ ein. Dieser diagnostiziert beim Beschwerdeführer gemäss seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2007 (act. G 12.1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) bei lumboischialgieformem Schmerzsyndrom und St. n. Exzision eines malignen fibrösen Histiozytoms 10/99 und Verdacht auf postoperatives chronisches Schmerzsyndrom, eine depressive Fixierung, Dysthymie (ICD-10: F34.1) sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.8). Der Beschwerdeführer bewege sich oftmals schleppend und mit gesenktem Kopf, er erscheine im Gespräch oft leicht schläfrig, jedoch bei Ansprache bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Er leide an wiederkehrenden Störungen von Aufmerksamkeit und Gedächtnis, sei im formalen Denken mittelgradig eingengt auf die bestehende Problematik, seine Gedanken kreisten um seine Schmerzen und die schwierige Lebenssituation. Bezüglich der Affektivität sei eine deutliche Störung der Vitalgefühle vorhanden, er sei kaum schwingungsfähig, freud- und lustlos, deprimiert, habe Existenzängste, sei innerlich angespannt, leicht reizbar, zeitweise klagsam und antriebsarm. Der Beschwerdeführer spreche mit leiser Stimme, habe Ein- und Durchschlafstörungen. Es lägen keine circadianen Besonderheiten, jedoch ein deutlicher sozialer Rückzug vor. Der Beschwerdeführer leide seit den 1990iger Jahren unter ausstrahlenden therapieresistenten Rückenschmerzen (lumboischialgieform), die sich in der Folge ausgebreitet und Nacken- sowie Schulterbereich einbezogen hätten. 1999 sei er mit der Diagnose eines malignen Histiozytoms am rechten Bein konfrontiert worden, die ihn längere Zeit belastet habe. Seit der Operation habe eine weitere Schmerzentwicklung stattgefunden. Seit drei Monaten laboriere er nicht nur mit dem seit längerem bestehenden stechenden Schmerz in der linken, sondern nun auch in der rechten Schulter. Regelmässig stellten sich Kribbel- und Taubeheitsgefühle, auch Lähmungen, in den Extremitäten ein. Angesichts der seit Jahren anhaltenden therapieresistenten Schmerzen und der andauernden psychosozialen Belastungen



könne von einem psychosomatischen Gesundheitsschaden und einer chronifizierten psychischen Fehlfunktion im Sinne eines depressiv-dysthymen Zustandes sowie einer Persönlichkeitsänderung ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer schein resigniert in einer inneren Abwehr zu verharren, die ihm trotz der anspannungsbedingten Beschwerden noch erträglicher erscheinen möge als das innere Eingestehen der Ohnmacht, welche ihm die ursprünglich somatogenen Schmerzen und sozialen Belastungen nebst der beruflichen Perspektivlosigkeit bereitet. Dieser subjektive Krankheitsgewinn lasse es dem Beschwerdeführer unzumutbar erscheinen, sich aus seinem psychosozialen Rückzug herauszubewegen und ihn darauf fixiert in eine Persönlichkeitsänderung münden. Es müsse daher von einer andauernden Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit auf theoretische 30% für eine leichte angepasste Tätigkeit ausgegangen werden.

E.- Mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2007 (act. G 14) beantragt die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf den Einspracheentscheid Abweisung der Beschwerde. Sie führt aus, der Sachverhalt sei lediglich bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 10. August 2006 zu berücksichtigen. Der Beschwerdeführer sei erst seit 20. März 2007 beim Psychiater Dr. med. Q.\_\_\_\_ in Behandlung und dessen Bericht datiere vom 28. Juni 2007, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Im Übrigen habe Dr. med. Q.\_\_\_\_ offenbar keine Kenntnis von den Vorakten gehabt und gehe mit keinem Wort auf das Gutachten des Psychiatriezentrums Breitenau vom 10. Oktober 2005 ein. Allein deswegen könne nicht auf den Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_ abgestellt werden. Zudem sei die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nicht ausgewiesen. Eine solche Diagnose dürfe nur nach einer extremen oder übermässig anhaltenden Belastung oder nach einer schweren psychiatrischen Erkrankung gestellt werden. Keiner dieser Faktoren sei beim Beschwerdeführer gegeben.

F.- Mit Replik vom 15. August 2007 (act. G 16) hält RA lic. iur. Eugen Koller fest, es sei nicht ersichtlich, inwiefern das Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ nicht beachtet werden solle. Bereits in der Beschwerdeschrift vom 14. September 2006 sei darauf hingewiesen worden, dass das Gutachten des Psychiatriezentrums Breitenau nicht zutreffen könne. Sowohl Dr. med. L.\_\_\_\_ als auch Dr. med. P.\_\_\_\_ hätten schriftlich bestätigt, dass sich der Beschwerdeführer in einem desolaten psychischen Zustand



befinde. Das Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ bestätige diese Behauptungen und zeige, dass die Beurteilung des Psychiatriezentrums Breitenau nicht zutreffen könne. Falls das Gericht der Ansicht sei, es könne nicht auf das Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ abgestellt werden, so sei zumindest ein weiteres Gutachten einzuholen. Auf jeden Fall seien erhebliche Zweifel an der Beurteilung des Gesundheitszustandes durch das Psychiatriezentrum Breitenau gegeben.

G.- Am 21. August 2007 teilt die Beschwerdegegnerin mit, sie verzichte auf eine Duplik (act. G 18).

II.

1.- Für die Beurteilung der Beschwerde ist auf die Situation zum Zeitpunkt des Einspracheentscheides, nämlich August 2006, abzustellen (vgl. BGE 130 V 446). Die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit der Beschwerde vom 14. September 2006 sowie mit Schreiben vom 29. Juni 2007 eingereichten Arztberichte der Dres. med. P.\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_ sind im vorliegenden Verfahren daher nur insofern zu berücksichtigen, als sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Einspracheentscheids zulassen.

2.- a) Gemäss Art. 16 ATSG kann der Einkommensvergleich zur Ermittlung des Invaliditätsgrades erst erfolgen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden sind bzw. wenn aufgrund der Sachverhaltsabklärungen feststeht, dass keine Eingliederung möglich ist ("Eingliederung vor Rente", vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, N 15 zu Art. 16 und N 11 zu Art. 7). Mögliche Eingliederungsmassnahmen sind nach Art. 8 Abs. 3 IVG medizinische Massnahmen oder Massnahmen beruflicher Art wie Berufsberatung, Umschulung und Arbeitsvermittlung.

b) Grundsätzlich besteht nur dann eine Eingliederungspflicht, wenn die behinderungsbedingte Einschränkung eine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S T. vom 13. März 2006 [I 405/05]). Im vorliegenden Fall hätte eine eingliederungswirksame Massnahme nur darin bestehen können, dem Beschwerdeführer eine berufliche Qualifikation zu vermitteln. Der Beschwerdeführer hat in der Türkei die Primar- und



Mittelschule sowie das Gymnasium bis zur zweiten Klasse besucht, jedoch keinen Beruf erlernt (IV-act. 1 und 27). In der Schweiz hat er, soweit er überhaupt erwerbstätig war, immer als Hilfskraft gearbeitet (IV-act. 8 und 27). Die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers sind sehr gering (IV-act. 45). Eine qualifizierte Berufsausbildung wäre somit schon an den fehlenden Deutschkenntnissen des Beschwerdeführers gescheitert. Die Durchführung solcher beruflicher Eingliederungsmassnahmen wäre daher unverhältnismässig gewesen.

c) Die Arbeitsvermittlung bezweckt, die Verwertung einer bestehenden (Rest-) Erwerbsfähigkeit auf dem realen und aktuellen Arbeitsmarkt zu fördern. Da sich der Beschwerdeführer sowohl vor als auch nach der medizinischen Abklärung im Psychiatriezentrum Breitenau, Schaffhausen, aufgrund seiner Rücken- und Beinschmerzen arbeitsunfähig fühlte und deshalb seine (Rest-) Arbeitsfähigkeit nicht in zumutbarem Umfang ausgeschöpft hat, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin vorliegend von einer Arbeitsvermittlung abgesehen hat. Der Beschwerdeführer hat denn auch die entsprechende Verfügung vom 5. Januar 2006 (IV-act. 50) nicht angefochten.

3.- a) Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, und derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

b) Die Invaliditätsbemessung soll das Mass der Zurücksetzung der erwerblichen Leistungsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung ergeben. Um den Invaliditätsgrad festlegen zu können, sind daher medizinische Grundlagen wesentlich. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und



dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34; Rz 3047 f des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH). Die IV-Stelle hat zu prüfen, wie sich die invaliditätsbedingten Faktoren auf die Vermittlungsfähigkeit und die Erwerbsmöglichkeiten auswirken (Rz 3049 KSIH). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 KSIH).

4.- a) Im Gutachten vom 10. Oktober 2005 (IV-act. 41) attestiert Dipl. Psych.

N.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40%, wovon ein Anteil von mindestens 10% auf IV-fremde Faktoren zurückgeführt wird. Gestützt auf dieses Gutachten geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine adaptierte Tätigkeit zu 75% zumutbar sei, da der Anteil IV-fremder Faktoren von der attestierten Arbeitsunfähigkeit abzuziehen und von der resultierenden Bandbreite der Mittelwert zu nehmen sei.

b) Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vertritt hingegen die Auffassung, dieser sei praktisch zu 100% arbeitsunfähig. Dabei stützt er sich auf den Arztbericht vom 15. März 2005 (IV-act. 35) von Dr. med. L.\_\_\_\_ und dessen Stellungnahme vom 3. Mai 2006 (IV-act. 62) zum Gutachten vom 10. Oktober 2005. Gemäss diesen beiden Berichten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 30-40%, wobei die Leistungsfähigkeit zu 50% eingeschränkt sei. Dr. med. P.\_\_\_\_ bestätige diese Einschätzung in ihrem Bericht vom 13. September 2006 (act. G 1.3.2) und auch Dr. med. Q.\_\_\_\_ attestiere dem Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2007 (act. G 12.1) eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 30%.

c) Massgebend ist die Situation zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids, mithin August 2006. Bezüglich der Stellungnahme von Dr. med. Q.\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass diese erst vom 28. Juni 2007 datiert, also beinahe ein Jahr nach dem Einspracheentscheid. Es ist daher fraglich, ob dieser Bericht den Gesundheitszustand



des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids erfasst. Dr. med. Q. \_\_\_ diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine depressive Fixierung, Dysthymie (ICD-10: F34.1) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.8). Die ersten beiden Diagnosen stimmen im Wesentlichen mit denjenigen im Gutachten vom 10. Oktober 2005 überein, auf welches Dr. med. Q. \_\_\_ im Übrigen gar nicht eingeht. Die andauernde Persönlichkeitsänderung stellt ein neues Element dar. Der Beschwerdeführer ist seit dem 20. März 2007, mithin mehr als ein halbes Jahr nach dem Einspracheentscheid, bei Dr. med. Q. \_\_\_ in Behandlung. Aus den Akten sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die neue Diagnose "Persönlichkeitsänderung" im Zeitpunkt des Einspracheentscheids bereits aktuell war. Weder der Gutachter noch Dr. med. L. \_\_\_, der nach eigenen Angaben (act. G 1.3.1) grosse psychiatrische Erfahrung hat, erwähnten auch nur die Möglichkeit einer solchen Diagnose. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung, die nicht Folge einer Schädigung oder Erkrankung des Gehirns ist (F62) sollte nach den Richtlinien der ICD-10 nur diagnostiziert werden, wenn sie als anhaltend und lebensverändernd anzusehen ist und ätiologisch auf eine tiefgreifende, existentiell extreme Erfahrung zurückgeführt werden kann (WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl. 2005, S. 234). Dem Bericht von Dr. med. Q. \_\_\_ ist nicht zu entnehmen, dass nähere Umstände für diese diagnostischen Voraussetzungen im vorliegenden Fall erfüllt gewesen wären. Es ist somit davon auszugehen, dass zumindest im Zeitpunkt des Einspracheentscheids noch keine Persönlichkeitsänderung bestand. Der Bericht von Dr. med. P. \_\_\_ datiert vom 13. September 2006, ebenfalls nach dem Einspracheentscheid, und hält fest, die Befunde von Dr. med. L. \_\_\_ könnten nur bestätigt werden, der Beschwerdeführer befinde sich aktuell in einem psychisch desolaten Zustand. Da zwischen dem Einspracheentscheid und dem Bericht von Dr. med. P. \_\_\_ nur kurze Zeit liegt, ist davon auszugehen, dass der Bericht auch den Zustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Einspracheentscheids beschreibt. Dr. med. P. \_\_\_ bestätigt in ihrem Bericht allerdings nur die Befunde von Dr. med. L. \_\_\_, weshalb für die Würdigung ihres Berichts auf die Ausführungen zu den Berichten von Dr. med. L. \_\_\_ verwiesen wird. Dr. med. L. \_\_\_ kritisiert in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2006, das Gutachten beruhe nur auf den subjektiven Eindrücken des Gutachters und die kognitiven Funktionen des Beschwerdeführers seien nicht durch Tests



objektiviert worden. Zudem habe die Untersuchung nur eineinhalb Stunden gedauert, was für eine fundierte Begutachtung nicht ausreichen könne. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es nach der Rechtsprechung für den Aussagegehalt eines Arztberichts nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern vielmehr massgeblich ist, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S R. vom 24. Mai 2006 [I 954/05]). Es wird auch nicht gefordert, dass Tests durchgeführt werden müssen. Der Gutachter stellt bei der Beurteilung vielmehr auf die Anamnese und seine Beobachtungen während der Exploration ab. Auch die Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_ beruht auf seinen Beobachtungen und somit auf seinen subjektiven Eindrücken. Dazu ist festzuhalten, dass er Facharzt für Neurologie, nicht Psychiatrie, ist. Nach ständiger Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) ist zudem stets der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S S. vom 17. August 2005 [I 212/05]). Sofern Dr. med. L.\_\_\_\_ in seinem Bericht kritisiert, der Gutachter habe im Gegensatz zu ihm keine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen festgestellt, ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer bei der Exploration erwähnt hat, er sei mit dem Auto gekommen, habe sich gut zurechtgefunden und es habe keine Probleme mit der Fahrt gegeben. Nach allgemeiner Erfahrung erfordert eine Fahrt mit dem Auto eine beträchtliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung. Würden die von Dr. med. L.\_\_\_\_ erwähnten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen tatsächlich vorliegen, hätten sie Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit des Beschwerdeführers gehabt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder der Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_ noch derjenige von Dr. med. L.\_\_\_\_ geeignet sind, das Gutachten vom 10. Oktober 2005 ernsthaft in Zweifel zu ziehen. Dieses stützt sich auf die Gespräche von Dr. med. M.\_\_\_\_ und Dipl. Psych. N.\_\_\_\_ mit dem Beschwerdeführer und die Akten der IV-Stelle. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben worden, ist in Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen



begründet (vgl. BGE 122 V 160 E. 1c; BGE 125 V 352 E. 3a). Dem Gutachten vom 10. Oktober 2005 kommt daher voller Beweiswert zu.

5.- a) Dipl. Psych. N.\_\_\_\_ diagnostiziert beim Beschwerdeführer eine anhaltende leichte bis mittlere Depression, differenzialdiagnostisch eine Dysthymie, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Diese Diagnosen bewirken gemäss Gutachten vom 10. Oktober 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40%, wobei ein Anteil von mindestens 10% auf invaliditätsfremde Faktoren zurückzuführen sei.

b) Das Gutachten vom 10. Oktober 2005 enthält eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem, wie sie gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens vorausgesetzt wird. Die Diagnose eines psychischen Leidens begründet für sich allein aber noch keine Invalidität (BGE 131 V 49 E. 1.2). Entscheidend ist, ob, allenfalls bei geeigneter Behandlung, die diagnostizierte Störung mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wäre (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S Z. vom 27. August 2007 [I 424/06] E. 3.3; Bundesgerichtsentscheid i/S A. vom 23. Mai 2006 [I 152/05] E. 4; BGE 127 V 294 E. 5a). Nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung wird bei der somatoformen Schmerzstörung vermutet, dass sie bzw. ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess ist nur in Ausnahmefällen anzunehmen und setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. Solche Faktoren können chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit") oder das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person sein (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3; BGE 131 V 49 E. 1.2).



c) Im vorliegenden Fall berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_ im November 2001 (IV-act. 4), seines Erachtens liege eine sekundäre Depression vor. Gemäss dem Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2002 (IV-act. 17) war die vom Beschwerdeführer angegebene schmerzbedingte körperliche Beeinträchtigung aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar, weshalb er auf eine Schmerzverarbeitungsstörung schloss, die durch eine Depression verstärkt werde. Dipl. Psych. N.\_\_\_\_ diagnostiziert im Gutachten vom 10. Oktober 2005 (IV-act. 41) eine anhaltende Depression leichten bis mittleren Grades und führt aus, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne ohne Weiteres mit einbezogen werden. Es ist somit davon auszugehen, dass zwischen der Depression und der somatoformen Schmerzstörung ein enger Zusammenhang besteht. Soweit aber eine Depression mit einer somatoformen Schmerzstörung zusammenhängt, stellt sie kein selbständiges Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität dar (Bundesgerichtsentscheid i/S Z. vom 27. August 2007 [I 424/06] E. 3.3). Dipl. Psych. N.\_\_\_\_ führt denn auch aus, eine Komorbidität, d.h. eine zusätzlich entwickelte, eigenständige, Krankheit könne beim Beschwerdeführer kaum angenommen werden. Auch die übrigen Kriterien für die Unzumutbarkeit der Willensanstrengung sind nicht erfüllt. Eine erhebliche chronische körperliche Begleiterkrankung liegt nicht vor. Dr. med. H.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten vom 1. Oktober 2002 ausgeführt, dass die vom Beschwerdeführer angegebene schmerzbedingte körperliche Beeinträchtigung aus orthopädischer Sicht nicht ganz erklärt werden könne. Auch die vom Beschwerdeführer mit Schreiben vom 29. Dezember 2006 eingereichten Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (act. G 3.1 und 3.2) halten fest, dass im rechten Unterschenkel keine Pathologie vorliege und die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nicht erklärt werden könnten. Ein sozialer Rückzug ist nicht auszumachen, vielmehr ist der Beschwerdeführer gemäss Gutachten in seinem kulturellen Kontext gut eingebunden, weshalb eine Integration und soziale Annäherung an die hiesigen gesellschaftlichen Zusammenhänge nie zustande gekommen sei. Auch das Kriterium einer trotz kooperativer Haltung des Beschwerdeführers gescheiterten Behandlung ist nicht erfüllt, da bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids eine psychiatrische Behandlung nicht konsequent durchgeführt wurde. Dr. med. L.\_\_\_\_ bezweifelte in seinem Bericht vom 15. März 2005 (IV-act. 35), dass der Beschwerdeführer das ihm verordnete Medikament Eflexor konsequent einnehme. Der



Beschwerdeführer selbst berichtete dem Gutachter, dass er das Medikament nur einnehme, wenn es ihm besonders schlecht gehe, die letzten drei oder vier Monate habe er es überhaupt nicht genommen. Der Gutachter empfiehlt daher als Rehabilitationsmassnahme eine konstante psychiatrische Begleitung inkl. einer klaren medikamentösen Behandlung, vorzugsweise in einem teilstationären Setting (Tagesklinik), damit sich der Beschwerdeführer eine Tagesstruktur eingewöhne.

d) Der Gutachter attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40%, wovon ein Anteil von mindestens 10% auf invaliditätsfremde Faktoren, konkret das Missverhältnis des Beschwerdeführers zu seiner Ex-Frau, zurückzuführen sei. Diesbezüglich ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, gemäss welcher sich das Gericht im Rahmen der freien Beweiswürdigung weder über die medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen darf. Das Gericht hat insbesondere sorgfältig zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.5). Dieser Rechtsprechung ist zu entnehmen, dass der Richter verpflichtet ist, den auf psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren zurückzuführenden Anteil von der gesamten ärztlich anerkannten Arbeitsunfähigkeit abzuziehen.

e) Gemäss Gutachten vom 10. Oktober 2005 hat sich beim Beschwerdeführer ein depressives Bild gefunden, das neben der leisen Sprache, der inneren Unruhe bei Stimmungsminderung, der Hoffnungslosigkeit auf eine Änderung durch die Unzufriedenheit und Niedergeschlagenheit auf Grund der ständigen Auseinandersetzungen mit der geschiedenen Ehefrau bezüglich des Besuchsrechts für die Kinder, die finanzielle Situation, kurzum die gesamte psychosoziale Fragestellung, bestimmt sei. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne ohne Weiteres mit einbezogen werden, da psychosoziale Probleme vermehrt, emotionale Probleme eher weniger vorlägen. Dr. med. L. \_\_\_ berichtete am 15. März 2005 (IV-act. 35), die erste Ehe des Beschwerdeführers sei sehr problematisch gewesen und die Ex-Frau verursache dem Beschwerdeführer immer noch unnötige und belastende Probleme



wegen der Kinderbetreuung. Zudem habe er schwerwiegende finanzielle Probleme. Der Beschwerdeführer lebe in jeder Hinsicht (soziokulturell, familiär, finanziell) in ungünstigen Verhältnissen. Auch Dr. med. Q. \_\_\_ verweist in seinem Bericht vom 28. Juni 2007 (act. G 12.1) auf andauernde psychosoziale Belastungen. In der geschätzten Arbeitsunfähigkeit von 30-40% ist also ein bedeutender Anteil invaliditätsfremder familiärer Faktoren mitberücksichtigt. Ob dieser Anteil 10%, wie vom Gutachter angenommen, oder mehr beträgt und ob dabei nicht auch an soziokulturelle Störungsursachen zu denken ist (Dr. L. \_\_\_), kann vorliegend offenbleiben. Die vom Gutachter auf gesamthaft 30-40% geschätzte Arbeitsunfähigkeit ist vom Richter jedenfalls nach der Aktenlage um wenigstens 10% auf 20-30% zu reduzieren. Damit wird ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40% nicht erreicht. Das Gericht verkennt dabei nicht, dass das Eruiieren, Quantifizieren und Eliminieren von invaliditätsfremden Faktoren mit derart geringfügigen Bruchteilen im Allgemeinen eher unüblich und unzuverlässig ist. Doch kann vorliegend das Ergebnis in einer Gesamtwürdigung nicht als unplausibel erscheinen.

6.- Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (lit. b ÜbBest. zu Art. 69 IVG).

7.- Mit der Beschwerde vom 14. September 2006 (act. G 1) ersucht der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Da die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers aktenkundig ist und die Vertretung geboten war, ist dieses Gesuch zu bewilligen. Die Entschädigung ist auf Fr. 3'500.-- festzulegen und um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- zu entschädigen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.--.



3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.