



Fall-Nr.: IV 2009/131
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.06.2020
Entscheiddatum: 06.05.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 06.05.2011

aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung); Art. 29bis IVV; Art. 88a Abs. 2 IVV; Art. 28 Abs. 2 IVG; Art. 7 und 16 ATSG: Eintritt des Versicherungsfalles: Wartezeit und Rentenbeginn. Rückwirkende Festlegung der von den RAD-Gutachtern attestierten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf einen früheren Zeitpunkt gestützt auf die Berichte von behandelnden Ärzten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Mai 2011, IV 2009/131).

Entscheid Versicherungsgericht, 06.05.2011

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Matthias Burri

Entscheid vom 6. Mai 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marcel Aebischer, c/o Küng Rechtsanwälte,

Haldenstrasse 6/10, 9200 Gossau SG,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a Der 1957 geborene A.____ meldete sich am 11. Oktober 2006 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf einen am 4. November 2005 erlittenen Herzinfarkt bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und beantragte die Zusprache einer Rente (IV-act. 4). Nachdem heftige Thoraxschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme am 5. November 2005 abends aufgetreten waren, war der Versicherte zwecks Koronarangiographie ins Kantonsspital St. Gallen eingewiesen worden. Dabei hatte sich ein proximaler RIVA-Verschluss gezeigt, der dilatiert und durch Stentimplantation versorgt worden war. Dr. med. B.____, Departement Innere Medizin, Kardiologie, hatte eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 5. November 2005 bis 11. November 2005 attestiert (IV-act. 45/21-25). Am Tag der Entlassung aus dem Kantonsspital St. Gallen hatte der Vater des Versicherten einen tödlich verlaufenden Herzstillstand erlitten. Dies hatte beim Versicherten zu Panikreaktionen und einer reaktiven Depression geführt, so der Bericht des Hausarztes Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 8. November 2006 (IV-act. 23/1-9). Vom 28. November 2005 bis zum 9. Dezember 2005 hatte die Klinik Gais den Versicherten zur stationären Rehabilitation aufgenommen. Im entsprechenden Bericht vom 23. Dezember 2005 war eine volle Arbeitsunfähigkeit bis zur Abklärung durch die Myokardszintigraphie ausgewiesen worden (IV-act. 23/13f.). Die Myokardszintigraphie war am 27. Dezember 2005 durchgeführt worden (IV-act. 23/18).

A.b In der Folge hatte der Versicherte unter anderem über seltsame diffuse Beschwerden, Druckschmerzen vor allem beim Bücken, schnelle Erschöpfung bei Gehen, Leistungsminderung, Atemnot, nächtliche Dyspnoe, Unsicherheitsgefühl und Angst vor dem Tod durch Herzstillstand geklagt. Aus den Berichten der Kardiologen Dr. med. D.____, Kardiologische Praxis, vom 23. Mai 2006 (IV-act. 45/16f.), Dr. med.



E.____, Departement für Innere Medizin des Kantonspitals St. Gallen, vom 8. Juni 2006 (IV-act. 45/9-11; vgl. IV-act. 17/4f.), und Dr. med. F.____, Kardiologische Praxis, vom 26. Februar 2007 (IV-act. 45/1f.) geht hervor, dass sich die geklagten Beschwerden nicht auf kardiale, pulmonale und vasospastische Befunde, sondern differentialdiagnostisch auf psychogene Ursachen zurückführen liessen. Vom 6. bis 7. Juni 2006 war der Versicherte erneut wegen einer Koronarangiographie im Kantonspital St. Gallen hospitalisiert worden, die aus kardiologischer Sicht keinen Behandlungsbedarf ergeben hatte. Am 21. Juni 2006 war eine ambulante psychiatrische Behandlung begonnen worden. Dr. med. Dipl.-Psych. G.____, Oberärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, hatte am 7. August 2006 die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt (ICD 10: F41.2) angeführt, ohne die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (act. G 1.1.8, act. G 6.2).

A.c Im Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 8. November 2006 ging der Hausarzt Dr. med. C.____ unter Hinweis auf die Diagnosen einer koronaren Dreifässerkrankung, einer depressiven Entwicklung und einer posttraumatischen Störung von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% seit dem Infarktereignis aus (IV-act. 23/1-9). Er attestierte im Laufe der medizinischen Betreuung wiederholt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. G 6.2; IV-act. 45/14f.; IV-act. 1; IV-act. 23/16f.) und vorübergehend aufgrund einiger Arbeitsversuche eine Arbeitsunfähigkeit von 75% bzw. 50% (vgl. insbesondere das Schreiben vom 10. Juli 2006 an die Mobiliar Versicherung und die Krankenkarte Kollektiv-Krankentaggeld-Versicherung, act. G 6.2). In einem Verlaufsbericht vom 8. Januar 2007 bestätigten Dr. med. H.____, Oberärztin, und Herr I.____, Assistenzarzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die Annahme des Hausarztes, dass die Spitaleinweisung eine posttraumatische Belastungsstörung ausgelöst habe, und stellten eine weitere Behandlung des Versicherten in der Klinik Gais in Aussicht (IV-act. 45/7f.).

B.

B.a Bei der Beurteilung der eingegangenen medizinischen Unterlagen stellte der Regionale Ärztliche Dienst der Invalidenversicherung (RAD) Ostschweiz am 16. April 2007 fest, dass die Einschätzungen der behandelnden Ärzte betreffend Arbeitsfähigkeit bzw. deren Umsetzbarkeit stark divergieren würden, die im Vordergrund stehende Luftnot nicht vollständig abgeklärt worden und der Verlauf der psychischen



Beeinträchtigung nicht bekannt sei. Deshalb empfahl der RAD eine interdisziplinäre Begutachtung (IV-act. 29).

B.b Am 16. und 17. Januar 2008 erfolgte eine internistisch-psychiatrische Untersuchung durch den RAD. Dabei erhob einerseits Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie/Arbeits- und Sozialmedizin, die Diagnose einer koronaren Herzerkrankung (ICD 10 Ziff. I25.9), November 2005 Vorderwand-Myokardinfarkt, PTCA und Stenting des RIVA, residuelle Stenosen an RCA und RCX. Er schätzte aus internistischer Sicht sowohl im angestammten beruflichen Bereich als auch in allen übrigen Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (IV-act. 47/9-11). Andererseits stellte Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen generalisierte Angststörung (ICD 10 Ziff. F41.1), spezifische Phobien (ICD 10 Ziff. F40.2) und Tranquilizer-Abhängigkeit (ICD 10 Ziff. F13.2) bei Zustand nach Vorderwandinfarkt vom November 2005. In diesem Zusammenhang sei hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als selbstständiger Wirt auf die vom Hausarzt bestätigte Arbeitsunfähigkeit von 75% abzustellen. Das Vorliegen dieser Arbeitsunfähigkeit sei ab April 2007 anzunehmen, als der Versicherte wegen seiner psychischen Schwierigkeiten ein psychosomatisches Heilverfahren habe aufnehmen wollen. Aus rein psychiatrischer Sicht sollte eine angepasste Tätigkeit (körperlich leicht, ohne Stress und Zeitdruck, in eher ruhiger Umgebung, ohne Lärmbelästigung und ohne Notwendigkeit zu enger Zusammenarbeit mit anderen, aber auch nicht ganz allein, sowie mit der Möglichkeit zu unüblichen und zusätzlichen Pausen bei Panikattacken) zu 2 mal 2 Stunden pro Tag möglich sein (IV-act. 47/17 und 19f.). Abschliessend ergab sich aus dem Konsilium der Teilgutachter gestützt auf die psychiatrischen Befunde bezogen auf die angestammte Tätigkeit eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2007 und eine auf internistisch-psychiatrischer Grundlage beruhende Arbeitsfähigkeit von 2 mal 2 Stunden pro Tag für adaptierte Tätigkeiten seit dem Datum der RAD-Untersuchung vom 16./17. Januar 2008. Für die früheren zeitlichen Verhältnisse gelte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit 5. November 2005 bis zur Abklärung durch eine Myokardszintigraphie. Im internistischen RAD-Untersuchungsbericht wird eine Arbeitsunfähigkeit von 30% in der angestammten Tätigkeit seit dem 27. Dezember 2005 (Myokardszintigraphie) bestätigt (IV-act. 47/21).

C.



St.Galler Gerichte

Aus der Anamneseerhebung durch die RAD-Gutachter geht hervor, dass der Versicherte seit 2004 eine Tätigkeit im Service, bei der Getränkezubereitung und bei der Entgegennahme von Bestellungen im Restaurant seiner Frau übernommen hatte. Parallel dazu habe er seit dem 1. November 2004 bis zur Erkrankung als Selbstständigerwerbender mit seinem Sohn das Restaurant L.____ betrieben, namentlich die Aufgaben der Küchenhilfe und des Servierens sowie Reinigungs- und Büroarbeiten erfüllt. Rückblickend betrachtet sei er überfordert gewesen (IV-act. 47/5 und 13). Im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit des Versicherten holte die IV-Stelle einen Auszug aus seinem individuellen Konto (IV-act. 52), bei seiner Ehefrau Arbeitgeberauskünfte (IV-act. 28) sowie Erfolgsrechnungen und Bilanzen der Jahre 2005, 2006 und 2007 betreffend das Restaurant L.____ (IV-act. 22 und 32) ein. Am 30. August 2007 führte eine Abklärungsperson der IV-Stelle eine Abklärung im Restaurant L.____ durch (IV-act. 35).

D.

D.a Mit Vorbescheid vom 1. September 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, nach den Akten bestehe für die bisherige Tätigkeit als Wirt von Dezember 2005 bis März 2007 eine 70%ige und seit April 2007 noch eine 25%ige Arbeitsfähigkeit. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit bestehe noch eine Arbeitsfähigkeit von zweimal zwei Stunden pro Tag. Eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40% habe erst ab August 2007 vorgelegen. Somit stehe dem Versicherten zunächst ab 1. August 2007 eine Viertelsrente zu. Nach Ablauf einer dreimonatigen Übergangszeit sei gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 61% die Zusprache einer Dreiviertelsrente ab 1. November 2007 vorgesehen (IV-act. 59). Die DAS-Rechtsschutz-Versicherung brachte in Vertretung des Versicherten am 3. November 2008 Einwände zum Vorbescheid vor (IV-act. 68).

D.b In einer von der Rechtsvertretung des Versicherten veranlassten Stellungnahme vom 19. November 2008 teilte Dr. med. F.____, Kardiologie FMH, Kardiologische Praxis, die Einschätzung des RAD, wonach der Versicherte ab Dezember 2005 bis März 2007 aus kardialer Sicht in seiner bisherigen Tätigkeit als Wirt zu 30% arbeitsunfähig gewesen sei, und dass eine körperlich adaptierte, leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeit ohne Zeitdruck und ohne regelmässige Stressexposition zu 70%



möglich wäre. Dabei sei allerdings die hier massgebende psychische Komponente nicht mitberücksichtigt worden (IV-act. 71).

D.c Ebenfalls auf Anfrage der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers hatte Dr. med. M.____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, Chefarzt Psychosomatik, Klinik Gais, am 28. Oktober 2008 berichtet, dass der Beschwerdeführer seit 14. März 2007 in ambulanter psychotherapeutisch/psychiatrischer Behandlung in der Klinik gewesen sei. Ein erster Kontakt sei am 22. Februar 2007 erfolgt; ein damals geplanter psychosomatischer Rehabilitationsaufenthalt sei aber aufgrund der Schwere der psychischen Störung nicht zustande gekommen. Der Einschätzung des RAD, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 75% aus psychiatrischer Sicht ab 2007 vorliege, sei zuzustimmen. In Bezug auf den Zeitraum vor März 2007 sei die Expertise des Sozialpsychiatrischen Dienstes Herisau einzuholen. Es erscheine jedoch nicht sehr wahrscheinlich, dass der Versicherte zuvor wesentlich arbeitsfähiger gewesen sei (IV-act. 68/7f.).

D.d Auf Aufforderung der IV-Stelle hin gab Dr. med. H.____, Oberärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Herisau, im Schreiben vom 16. Dezember 2008 an, eine Berichterstattung könne ausschliesslich gestützt auf die Akten erfolgen, weil die seinerzeit behandelnde Therapeutin nicht mehr in ihrer Institution arbeite. Aufgrund der beschriebenen Symptome und Einschränkungen sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 75% bis 100% für den Behandlungszeitraum vom 21. Juni 2006 bis 14. Februar 2007 auszugehen (IV-act. 76).

D.e Konfrontiert mit den neuen medizinischen Beurteilungen hielt der RAD am 7. Januar 2009 an seiner Einschätzung fest, dass im Vordergrund der Leistungseinschränkung eine Angststörung stehe, deren Symptomatik und Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aber rückblickend medizinisch zweifelsfrei erst ab April 2007 belegt sei (IV-act. 77/2). Gestützt auf diese Stellungnahme verfügte die IV-Stelle am 6. März 2009 im Sinn des Vorbescheids (IV-act. 78, 81-83). Gemäss Schreiben der IV-Stelle vom 19. März 2009 zuhanden der Ausgleichskasse war die Rentenverfügung vom 6. März 2009 versehentlich nicht der Rechtsvertretung des Versicherten zugestellt worden, sodass eine nochmalige Eröffnung nötig wurde (IV-act. 88).

E.



E.a Gegen die Verfügung vom 6. März 2009 erhob der Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Marcel Aebischer, Gossau, am 21. April 2009 Beschwerde, unter Hinweis darauf, dass die erneute, formrichtige Zustellung der Verfügung an die vormalige Rechtsvertretung des Beschwerdeführers am 26. März 2009 erfolgt sei. Der Beschwerdeführer lässt – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen – die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer Dreiviertelsrente mit Beginn ab 1. November 2006 beantragen. Eventualiter seien ergänzende medizinische Abklärungen betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitraum vom 5. November 2005 bis Juli 2007 vorzunehmen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% sei vom 6. November 2005 bis 5. November 2006 ausgewiesen. Der RAD habe eine psychiatrisch begründete 75%ige Arbeitsunfähigkeit erst seit April 2007 mit dem Argument festgestellt, dass der behandelnde Psychiater keine vorherige Arbeitsunfähigkeit bestätige. Dieser habe sich zwar zur früheren Zeitspanne, als der Beschwerdeführer noch nicht von ihm behandelt worden sei, nicht äussern können, aber eine tiefere Arbeitsunfähigkeit vor April 2007 als unwahrscheinlich betrachtet und auf den sozialpsychiatrischen Dienst Herisau verwiesen. Letzterer sei seinerseits von einer Arbeitsunfähigkeit von 75-100% (nachträglich) für den Behandlungszeitraum vom 21. Juni 2006 bis 14. Dezember 2007 (richtig: 14. Februar 2007) ausgegangen (act. G 1).

E.b Der RAD bezog am 2. Juni 2009 verwaltungsintern Stellung zu medizinisch relevanten Aspekten im Hinblick auf die vorliegende Beschwerde und empfahl die Ergänzung der Akten mit allen erstellten schriftlichen Aufzeichnungen hinsichtlich der psychiatrischen Behandlung in Herisau und dem Einbezug der Hausarztzeichnungen, welche die Feststellung einer depressiven Entwicklung und einer posttraumatischen Störung untermauern könnten (IV-act. 102). Nach Durchsicht der eingeforderten Unterlagen (IV-act. 105, 109 und 110) hielt der RAD an seiner früheren Auffassung fest (IV-act. 111). Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 10. August 2009 die Abweisung der Beschwerde. Sie argumentiert, eine psychische Gesundheitsschädigung von Anfang an sei nicht – wie erforderlich – fachärztlich festgestellt worden. Auf die im Bericht der Klinik Gais enthaltene Aussage, es sei unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer vor März 2007 eine wesentlich höhere Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aufgewiesen habe, könne nicht abgestellt werden, weil sie spekulativ und nicht durch



entsprechende Befunde und Diagnosen untermauert sei. Es bleibe somit einzig die Beurteilung des Sozialpsychiatrischen Dienstes Herisau betreffend eine Arbeitsunfähigkeit von 75 bis 100% vom 21. Juni 2006 bis 14. Februar 2007 übrig. Diese nachträgliche Beurteilung widerspreche der echtzeitlichen Diagnose "Angst und depressive Störung gemischt", die keine invalidisierende Auswirkung habe. Einziger Ausgangspunkt für die invalidisierende psychische Erkrankung sei die ambulante psychotherapeutische Behandlung in der Klinik Gais ab April 2007. Aus kardiologischer Sicht sei der vom RAD festgesetzte Beginn der 70%igen Arbeitsfähigkeit schlüssig, weil die Myokardszintigraphie im Dezember 2005 keine kardialen Auffälligkeiten ergeben habe. Weitere medizinische Abklärungen seien unnötig (act. G 6).

E.c Der Beschwerdeführer hat am 7. September 2009 auf eine Replik verzichtet (act. G 8).

Erwägungen:

1.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Beschwerdefrist eingehalten worden ist, nachdem die formrichtige Zustellung der angefochtenen Verfügung an die damalige Rechtsvertretung des Beschwerdeführers unbestrittenermassen am 26. März 2009 erfolgt ist.

2.

Im Rahmen der Zusprache einer Invalidenrente steht vorliegend der Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles zur Diskussion. Diesbezüglich beantragt der Beschwerdeführer, den Beginn des Wartejahres auf den 6. November 2005 und denjenigen der Rente auf den 1. November 2006 festzulegen (act. G 1, Ziffer 18). Die angefochtene Verfügung ist hingegen von einem Beginn des Wartejahres erst im August 2006 ausgegangen und legt den Rentenbeginn auf den 1. August 2007 fest (IV-act. 78). Der Beschwerdeführer rügt weder die Rentenhöhe noch die damit zusammenhängenden Berechnungsgrundlagen (act. G 1, Ziffer 18). Das Versicherungsgericht beurteilt alle Tatsachen und Rechtsfragen, die für die Klärung der Rechtslage notwendig sind, unter anderem die Invaliditätsbemessung, und beschränkt



sich dabei nicht auf die zwischen den Parteien strittigen Punkte (vgl. Art. 61 lit. d des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

3.

Am 1. Januar 2008 ist die 5. Revision der Invalidenversicherung in Kraft getreten. Die Bestimmung des vorliegend anwendbaren Rechts hängt davon ab, wie sich der Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2009 entwickelt hat. Ein Antragsteller richtet sein Verhalten bzw. nimmt eine Rechtshandlung vor im Vertrauen auf das zu jener Zeit geltende Recht. Die IV-Anmeldung ist am 11. Oktober 2006 erfolgt und der Rentenbeginn ist auf August 2007 festgelegt worden. Es handelt sich dabei um einen unter dem alten Recht abgeschlossenen Sachverhalt. Deshalb sind hinsichtlich der Wartezeit und dem mit ihr zusammenhängenden Rentenbeginn die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtssätze anzuwenden. Anders verhält es sich mit der Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit nach Rentenbeginn und die darauf gestützte Bemessung der Invalidität, denn dieser Sachverhalt entfaltet sich über den zeitlichen Geltungsbereich der 5. IV-Revision hinaus. Die massgebenden Grundlagen der Invaliditätsbemessung haben sich aber nicht geändert. Diesbezüglich werden nachfolgend die seit 1. Januar 2008 geltenden Bestimmungen wiedergegeben.

4.

4.1 Der Eintritt des Versicherungsfalles setzt (in der Regel) kumulativ eine Wartezeit und danach einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad voraus. Der Rentenanspruch entsteht - gemäss aArt. 29 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20, in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) - frühestens in dem Zeitpunkt (abgesehen von der hier nicht relevanten lit. a), in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen war. Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29^{ter} IVV; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004,



I 19/04). Nach dem Ablauf dieses Wartejahres muss ein Invaliditätsgrad in der für die betreffende Rentenabstufung erforderlichen Mindesthöhe erreicht werden. Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab der 5. IV-Revision gültigen Fassung), wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, wird eine halbe Rente zugesprochen und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% eine Viertelsrente. Eine Invalidität von weniger als 40% wird von der Invalidenversicherung rentenmässig nicht entschädigt. Unter Invalidität versteht Art. 8 Abs. 1 ATSG die ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Der Invaliditätsgrad bei Erwerbstätigen ist der in Prozenten ausgedrückte Fehlbetrag, der aus dem Vergleich zwischen den möglichen Erwerbseinkommen ohne und mit Gesundheitsschaden resultiert (Art. 16 ATSG).

4.2 Während die Invaliditätsbemessung auf die gesundheitsbedingte (ganze oder teilweise) Unmöglichkeit der Erwerbstätigkeit nach erfolgter oder erfolgloser Eingliederung auf dem gesamten in Frage kommenden Arbeitsmarkt abstellt (siehe Definition von Erwerbsunfähigkeit in Art. 7 ATSG), bezieht sich die Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der Wartezeit auf die durch Gesundheitsschäden bedingte qualitative und/oder quantitative Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen in der bisherigen Tätigkeit (vgl. zum Ganzen BGE 130 V 99 E. 3.2; Entscheid IV 2006/271 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i.S. J. vom 18. April 2008, E. 3.1). Für die Eröffnung der einjährigen Wartezeit muss die Arbeitsunfähigkeit ein gewisses Mass erreichen, sie muss erheblich sein. Nach der Gerichtspraxis ist eine Verminderung des funktionellen Leistungsvermögens im bisherigen Beruf von mindestens 20% vorausgesetzt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i.S. I. vom 12. September 2006, Erw. 1.4, I 892/05).

5.

Ausgangspunkt für Beginn des Wartejahres ist somit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Wirt. Diese ist auf der Grundlage der medizinischen Stellungnahmen zu beurteilen.



5.1 Der Beschwerdeführer hat am 5. November 2005 einen Herzinfarkt erlitten. Bis 10. November 2005 befand er sich in stationärer Behandlung im Kantonsspital St. Gallen (IV-act. 45-21-25). Vom 28. November bis 9. Dezember 2005 war der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation in der Klinik Gais. Die Ärzte der Klinik attestierten ihm im Austrittsbericht vom 23. Dezember 2005 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres bzw. bis zur Abklärung durch die Myokardszintigraphie (IV-act. 23/13f.). Diese wurde am 27. Dezember 2005 durchgeführt (IV-act. 23/18). Bis zu diesem Zeitpunkt ist eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit auf Grund der Aktenlage sowie auch nach Einschätzung der RAD-Ärzte ausgewiesen.

5.2 Für die Zeit nach dem 27. Dezember 2005 erscheint die gemäss RAD-Gutachten aus rein internistischer Sicht geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 30% in der angestammten Tätigkeit als aktenkonform, klar und plausibel, obwohl sie nicht näher erklärt worden ist. Die Myokardszintigraphie vom 27. Dezember 2005 hat zwar keine Arbeitsfähigkeitsschätzung beinhaltet, aber auch keine weiteren kardialen Komplikationen gezeigt. Die Klinik Gais hat eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis zur "Abklärung durch die Myokardszintigraphie" attestiert. Der behandelnde Kardiologe Dr. med. F.____ hat sein Einverständnis mit einer Arbeitsunfähigkeit von 30% ab Ende Dezember 2005 geäussert (IV-act. 71). Dies stimmt auch mit den Feststellungen der anderen mit dem Beschwerdeführer befassten Kardiologen überein, wonach die kardiale Problematik nicht im Vordergrund der geklagten Beschwerden gestanden ist (IV-act. 45/16f.; IV-act. 45/9-11). Die rückwirkende Festlegung der kardial begründeten Arbeitsunfähigkeit von 30% ab 27. Dezember 2005 ist gestützt auf die Krankengeschichte gerechtfertigt.

5.3 In psychiatrischer Hinsicht steht fest und wird vom RAD erkannt, dass der Beschwerdeführer im Anschluss an den Herzinfarkt eine allmähliche Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustands durchlebt und dass dies die Arbeitsfähigkeit zunehmend beeinträchtigt hat (IV-act. 102/2). Anlässlich der Begutachtung vom 16. Januar 2008 hat die RAD-Psychiaterin eine Arbeitsunfähigkeit von 75% sowohl in der angestammten Tätigkeit als Wirt als auch in einer adaptierten Tätigkeit attestiert (IV-act. 47-19). Fraglich und zu prüfen ist, ab wann rückwirkend eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in diesem Ausmass anzunehmen ist. Dass die 75%ige



Arbeitsunfähigkeit spätestens seit April 2007 gelten soll, ergibt sich aus den übereinstimmenden Auffassungen der RAD-Gutachter und des seit 14. März 2007 behandelnden Psychiaters Dr. med. M.____ (IV-act. 68/7f.). Dr. med. M.____ hat allerdings darauf hingewiesen, dass die Schwere der psychischen Störung bereits im Februar 2007 die erforderliche stationäre Behandlung verhindert habe und es nicht sehr wahrscheinlich erscheine, dass der Beschwerdeführer zuvor wesentlich arbeitsfähiger gewesen sei (IV-act. 68/7f.). Auf einen früheren Zeitpunkt abzustellen, ist jedoch nach Ansicht des RAD spekulativ (IV-act. 102/2). Allerdings könnten die behandelnden Ärzte, die sich früher mit dem psychischen Leiden des Beschwerdeführers befasst haben, die Frage nach der Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum vor April 2007 möglicherweise beantworten. Die sogenannte Erfahrungstatsache, behandelnde Ärzte neigten aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung dazu, ihre Beurteilung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten ausfallen zu lassen, was den Beweiswert ihrer Stellungnahmen entkräfte (BGE 125 V 353 E. 3a/cc), dispensiert das Gericht nicht davon, diese in die Gesamtwürdigung einzubeziehen. Es darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne zu begründen, warum eine bestimmte Einschätzung den Vorzug verdient (BGE 134 V 232 E. 5.1; BGE 125 V 352 E. 3a). Auf die bei den Akten liegenden anderslautenden medizinischen Einschätzungen ist deshalb im Folgenden einzugehen.

5.4 Seit dem 10. November 2005 hat Dr. med. C.____ den Beschwerdeführer behandelt (IV-act. 99/1). Er musste gerade beim ersten Kontakt, am Tag der Entlassung aus dem Spital, den Beschwerdeführer vom Tod seines Vaters infolge Herzstillstands benachrichtigen (IV-act. 47/2). Dr. C.____ hat als erster Arzt die psychischen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dem Herzinfarkt und mit der Todesnachricht aufgezeichnet. Er stellte unter anderem eine depressiven Entwicklung und eine posttraumatische Störung fest, derentwegen er dem Beschwerdeführer offenbar bereits im Dezember 2005 Psychopharmaka abgegeben hatte (IV-act. 105/1-4). Durch die weitere Betreuung hat er sich zwar wertvolle Einsichten in die Entwicklung des Gesundheitszustandes verschaffen können. Seine Einträge zur Arbeitsunfähigkeit, die in der Krankenkarte der Kollektiv-Krankentaggeld-Versicherung enthalten sind (act. G 6.2), liefern jedoch keine detaillierten Anhaltspunkte für eine inhaltliche Auseinandersetzung bzw. für eine Plausibilitätsprüfung. Auch die



Berichterstattung des Hausarztes zuhanden der Beschwerdegegnerin enthält keine genaue und nach den gängigen Regeln der gutachterlichen Befunderhebung überprüfbare Stellungnahme (IV-act. 45/14f.; IV-act. 1; IV-act. 23/16f.; IV-act. 23/1-9). Ersichtlich ist, dass der Hausarzt in erster Linie dafür gesorgt hat, dass die kardiologische Behandlung und Rehabilitation durch die Spezialisten übernommen wurden (IV-act. 45/19f.), und dass er erst etwa gegen Ende Mai 2006 einen Bedarf nach einer allfälligen fachpsychiatrischen Behandlung erkannt hat (IV-act. 99/6f.). Für die Diagnose einer psychischen Erkrankung fehlt ihm als Allgemeinmediziner die erforderliche fachärztliche Qualifikation. Der psychiatrischen Gutachterin des RAD ist jedenfalls insoweit beizupflichten, als sie in der unmittelbaren psychischen Reaktion des Beschwerdeführers auf den Tod seines Vaters noch keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Krankheitswert gesehen hat. Es sei von einer ganz normalen, in der Regel bis zu einem halbem Jahr anhaltenden Trauerreaktion auszugehen (IV-act. 102/2f.). Aber selbst wenn die Aufgabe des Hausarztes nicht die gutachtensähnliche Beurteilung des Gesundheitszustands ist und ihm als Generalist nicht immer gefolgt werden kann, bleibt seine Einschätzung im zu beurteilenden Fall eine für das IV-Verfahren beachtenswerte medizinische Quelle. Ausser ihm hat vorliegend kein Arzt von echtzeitlichen Wahrnehmungen berichten können, die sich nicht auf die Momentaufnahme der Spezialisten und der Gutachter beschränken, sondern den Verlauf unmittelbar nach der ersten Entlassung aus dem Spital bis zur psychischen Erkrankung glaubwürdig aufzeichnen.

5.5 Eine fachpsychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers hat am 21. Juni 2006 begonnen. Für den Zeitraum bis zum 14. Februar 2007 hat Dr. med. H.____, Oberärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Herisau, nachträglich eine Arbeitsunfähigkeit von 75% bis 100% geschätzt. Sie hat gestützt auf die medizinischen Akten eine klare Aussage gemacht. Beim Beschwerdeführer sei ein schweres ängstlich-depressives Syndrom mit deutlichen herzphobischen Zügen, aber auch mit Hinweisen auf eine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt worden. Daneben habe er unter deutlich eingeschränkter Belastbarkeit, Affektlabilität sowie unter schweren Schlafstörungen gelitten. Aufgrund der Komplexität des Zustandsbildes sei eine pharmakologische Kombinationstherapie eingesetzt worden. Angesicht der Schwere der Erkrankung und des bis dahin unbefriedigenden Behandlungsverlaufs



habe das Psychiatrische Zentrum den Versicherten im Februar 2007 zur stationären Therapie in die Klinik Gais überwiesen (IV-act. 76).

5.5.1 Dazu gibt der RAD nach der Einreichung der Beschwerde zu bedenken, dass Dr. med. H.____ den Beschwerdeführer offensichtlich nicht behandelt habe. Da die Oberärztin Frau Dr. G.____ am 7. August 2006 Angst und depressive Störung gemischt (ICD 10 F41.2) diagnostiziert habe, könne auch zu diesem Zeitpunkt keine invalidisierende psychische Erkrankung angenommen werden. Denn es habe sich damals um eine Störung gehandelt, die gemäss ICD 10 nicht so stark ausgeprägt gewesen sei, dass die Diagnose einer Angsterkrankung oder einer leichten depressiven Episode zu rechtfertigen gewesen wären. Deshalb könne die nachträgliche Einschätzung durch Dr. med. H.____ nicht übernommen werden (IV-act. 102/2). Gestützt darauf verneint die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort jegliche fachärztlich ausgewiesene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt und fügt hinzu, selbst wenn eine leichte depressive Störung vorliege, sei diese nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht invalidisierend (act. G 6). Zudem weist der RAD darauf hin, dass der Sozialpsychiatrische Dienst Herisau in einem weiteren Verlaufsbericht vom 8. Januar 2007 unter der neuen diagnostischen Einordnung einer posttraumatischen Belastungsstörung eine langsame, stetige Besserung des Zustandes des Beschwerdeführers erwähnt hätte, aber gleichwohl eine psychosomatische stationäre Behandlung für erforderlich gehalten habe. Dies erscheine unklar (IV-act. 102/2).

5.5.2 Dem ist allerdings entgegenzuhalten, dass die Annahme einer psychischen Störung zwar zunächst eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraussetzt. Die Diagnose stellt ein Instrument für die – standardisierte – Zuordnung von Symptomen zu Krankheiten und anderen medizinischen Befunden und für das Verständlichmachen der zwischen diesen bestehenden Zusammenhänge dar. Entscheidend ist aber nicht die Diagnose, sondern die Beurteilung der sozial-praktischen Auswirkung einer Erkrankung bzw. der Zumutbarkeit der Arbeitsleistung (BGE 130 V 401f. E. 6.2.2 und 6.2.3). Dass die höchstrichterliche Rechtsprechung die Diagnosen einer leichten depressiven Episode oder einer posttraumatischen Belastungsstörung an sich als nicht invalidisierend betrachtet (Urteile des Bundesgerichtes 9C_6/2007 vom 22. Juni 2007 und I 696/05



St.Galler Gerichte

vom 20. April 2006 E. 3.2.2), bedeutet, dass eine leistungsspezifische Invalidität in solchen Fällen nur vorliegt, wenn die von der psychischen Störung betroffene Person auch bei zumutbarer Willensanstrengung ihr Leiden nicht überwinden kann, um einer Arbeitstätigkeit nachzugehen.

5.5.3 Somit hätten aus versicherungsrechtlicher Sicht in erster Linie die behandelnden Fachärzte (Psychiater) über die Ressourcen des Beschwerdeführers zur Überwindbarkeit seines Leidens im fraglichen Zeitraum Auskunft geben müssen. Frau Dr. G.____ hat am 7. August 2006 eine "gemischte" Diagnose gestellt, bei der nach den ICD 10-Kriterien keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt. Diese Diagnostizierung ist als vorübergehende Einordnung der geklagten Beschwerden zu verstehen. Dafür spricht die Tatsache, dass die Psychiaterin zu jenem Zeitpunkt noch keine Arbeitsunfähigkeit festgelegt hat, weil sie die Behandlung erst begonnen hatte (act. G 6.2). Indem der Sozialpsychiatrische Dienst Herisau im Verlaufsbericht vom 8. Januar 2007 die Befunde unter einer posttraumatischen Belastungsstörung neu eingeordnet und damit die Diagnose des Hausarztes bestätigt hat, erkannte er den Zeitpunkt nach der Hospitalisierung zwecks Koronarangiographie vom 6. bis 7. Juni 2006 im Kantonsspital St. Gallen als den Wendepunkt von einer normalen Trauerreaktion zu einer krankheitswertigen psychischen Störung (IV-act. 45/7f.). Im Zusammenhang mit diesem Wendepunkt fällt nach den anamnestischen Erhebungen im RAD-Gutachten ins Gewicht, dass eine bedeutsame Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gerade im Sommer 2006 stattgefunden hat, als er das Grab seines Vaters besucht hatte (IV-act. 47). Auch wenn im Verlaufsbericht vom 8. Januar 2007 von einer langsamen Verbesserung des Gesundheitszustandes die Rede ist (IV-act. 45/7f.), weist die Anmeldung vom Dezember 2006 für eine indizierte stationäre Behandlung in der Klinik Gais auf die Schwere der Erkrankung und auf den bis dahin unbefriedigenden Behandlungsverlauf im Sozialpsychiatrischen Dienst Herisau hin (vgl. IV-act. 76/1).

5.5.4 Die von Dr. med. H.____, Oberärztin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Herisau, attestierte Arbeitsunfähigkeit von 75% bis 100% stimmt mit den Einschätzungen des Hausarztes in der fraglichen Zeitspanne überein. Das Attest füllt die Lücke, die sich aus der Tatsache ergibt, dass die behandelnden Psychiater des



Sozialpsychiatrischen Dienstes Herisau damals die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht beziffert haben.

5.6 Das Gericht hat gestützt auf die medizinischen Feststellungen und Stellungnahmen zu entscheiden, ob zuverlässige Anhaltspunkte für die Festlegung der ab April 2007 geschätzten Arbeitsunfähigkeit von 75% in der angestammten Tätigkeit bereits zu einem früheren Zeitpunkt, nämlich ab Beginn der psychiatrischen Behandlung im Psychiatrischen Zentrum Herisau im Juli 2006, bestehen. Dabei ist zu beachten, dass das RAD-Gutachten diese Annahme nicht ausgeschlossen, sondern auf das Fehlen von echtzeitlichen Zeugnissen, welche dies fachärztlich ausweisen würden, und auf die unterschiedlichen Diagnosen hingewiesen hat. Zentral ist aber nicht, wie die psychische Erkrankung diagnostisch einzuordnen ist. Wenn die RAD-Gutachter das in Aussicht gestellte psychosomatische Heilverfahren in der Klinik Gais (ab April 2007) als zeitlichen Ausgangspunkt der erhöhten Arbeitsunfähigkeit betrachtet haben, ist nicht ausser Acht zu lassen, dass die entsprechende Anmeldung schon im Dezember 2006 erfolgte. Diese war wiederum die Folge eines unbefriedigenden Behandlungsverlaufs. Es ist nicht einzusehen, weshalb der Anfang der psychiatrischen Behandlung in Herisau nicht für die rückwirkende Festlegung der Arbeitsunfähigkeit relevant sein soll. Eine umfassende, sorgfältige und inhaltsbezogene Würdigung der medizinischen Unterlagen führt zur Überzeugung, dass sich die krankheitswertige Beeinträchtigung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich wie folgt entwickelt hat: Von der Erfahrung des selbst erlittenen Herzinfarkts ausgehend konnte der Beschwerdeführer die Trauer über den Tod seines Vaters nicht verarbeiten und hat phobische Anfälle hinsichtlich Herz-Kreislauf-Leiden entwickelt. Der Spitalaufenthalt vom 6. bis 7. Juni 2006 hat eine posttraumatische Belastungsstörung ausgelöst. Zu jenem Zeitpunkt haben der Hausarzt und der behandelnde Kardiologe am Kantonsspital St. Gallen bereits die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung angesprochen. Noch in jenem Sommer hat der Besuch des Grabes des Vaters beim Beschwerdeführer zu einer Verschlechterung des psychischen Zustands geführt. All diese Umstände, die im Zusammenhang mit der psychiatrischen Behandlung in Herisau stehen, stellen sachliche Anhaltspunkte für die Festlegung einer 75%igen Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2006 im Sinn der rückwirkenden Einschätzung durch Dr. med. H.____ dar.

6.



Damit hat eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 5. November 2005 bis zum 27. Dezember 2005, danach eine von 30% bis Ende Juni 2006 und dann eine von 75% ab Juli 2006 bestanden. Die einjährige Wartezeit ist mit einer relevanten Arbeitsunfähigkeit (über 20%) am 5. November 2005 eröffnet worden. Der Beschwerdeführer hat im Zeitraum vom 5. November 2005 bis zum 4. November 2006 das Kriterium der einjährigen durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% bzw. der Wartezeit erfüllt (knapp 2 Monate x 100% = 200%; 6 Monate x 30% = 180%; 4 Monate x 75% = 300%; 200% + 180% + 300% = 680%, geteilt durch 12 Monate = 56.6%). Der Anspruch auf eine IV-Rente ist somit gemäss aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG am 1. November 2006 entstanden. Die Rente wird gemäss aArt. 29 Abs. 2 IVG vom Beginn des Monats an ausgerichtet, in dem der Anspruch entsteht. Vorliegend ist deshalb der Rentenbeginn auf den 1. November 2006 festzulegen.

7.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Wie oben dargelegt (E. 3.2), beschränkt sich die verbleibende Erwerbsfähigkeit nicht auf die bisherige Tätigkeit, sondern umfasst den gesamten Arbeitsmarkt. Deshalb geht die Bemessung des Invaliditätsgrads von der Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden des Beschwerdeführers adaptierten Tätigkeit aus. Im zu beurteilenden Fall beträgt diese Arbeitsfähigkeit gemäss RAD-Gutachten vom 11. April 2008 „schätzungsweise 2 mal 2 Stunden pro Tag“ bzw. 50%. Obwohl die Sachverständigen als Zeitpunkt für den Beginn der 50%-igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit das Datum ihrer Untersuchungen vom 16./17. Januar 2008 festgelegt haben, ist angesichts des Verlaufes der psychischen Erkrankung davon auszugehen, dass eine solche verminderte Arbeitsfähigkeit bereits zum Zeitpunkt des Rentenbeginns (November 2006) vorgelegen hat.

7.1 Die Bemessung der Invalidität von Personen, die im Gesundheitsfall eine volle Erwerbstätigkeit weiter ausgeübt hätten, hat durch die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen. Bei dieser Methode berechnet die Verwaltung zuerst das sogenannte Valideneinkommen. Erfasst wird damit das Erwerbseinkommen, das ohne den Gesundheitsschaden erzielt werden könnte. Davon zieht sie das Invalideneinkommen ab. Darunter ist das Erwerbseinkommen zu verstehen, das nach



Eintritt des Gesundheitsschadens und nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen auf zumutbare Weise erreicht werden könnte. Aus der Differenz zwischen dem Valideneinkommen und dem Invalideneinkommen resultiert eine Einkommenseinbusse. Dieser Fehlbetrag wird in Prozenten ausgedrückt, welche dem Invaliditätsgrad entsprechen.

7.2 Wenn eine zuverlässige Ermittlung der beiden Vergleichseinkommen direkt nicht möglich ist, wird der Invaliditätsgrad nach dem ausserordentlichen Bemessungsverfahren ermittelt (BGE 128 V 29; AHI-Praxis 1998 S. 119 und 251; ZAK 1980 S. 341, 1979 S. 224). Dies ist in der Regel der Fall bei Selbstständigerwerbenden. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer allerdings zu Recht als unselbstständigen Arbeitnehmer eingestuft und einen ordentlichen Einkommensvergleich durchgeführt, weil die Gesundheitsbeeinträchtigung kurz nach dem Beginn der selbstständigen Erwerbstätigkeit aufgetreten sei. Diese letzte Tätigkeit wurde nach vorbestandener Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit bei der Ehefrau aufgenommen. Der Versicherte war als Selbstständigerwerbender noch nicht etabliert (vgl. IV-act. 53/2). Ein erneuter Wechsel in eine unselbstständige Tätigkeit ist ihm zumutbar.

7.3 Beim Einkommensvergleich hat die Beschwerdegegnerin sowohl für das Valideneinkommen, welches der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschädigung erzielen könnte, als auch für das Invalideneinkommen auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebene Lohnstrukturerhebung (LSE, so genannte Tabellenlöhne) abgestellt. Dies erscheint sachgerecht, denn der Beschwerdeführer hat vor Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit ausgeübt, welche als Grundlage für die Bestimmung seines Valideneinkommens herangezogen werden könnte, und seit Eintritt des Gesundheitsschadens war er nicht mehr erwerbstätig. Für das Valideneinkommen und als Ausgangspunkt zur Bestimmung des Invalideneinkommens ist dabei vom selben Wert auszugehen. Der Invaliditätsgrad entspricht bei solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Bundesgerichtsentscheid i/S H. vom 10. Juli 2009, 9C_360/09; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S M. vom 8. Juni 2005, I 552/04, E. 3.4).



7.4 In der Praxis werden die zur Bestimmung des Invalideneinkommens herangezogenen Tabellenlöhne gekürzt, wenn Versicherte, die in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten, nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur beschränkt einsatzfähig sind, wenn sie - unabhängig von der früher ausgeübten Tätigkeit - als gesundheitlich Beeinträchtigte im Rahmen leichter Hilfsarbeitertätigkeiten nicht mehr voll leistungsfähig sind oder wenn weitere persönliche und berufliche Merkmale wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben. Der Abzug ist nicht schematisch vorzunehmen. Vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Letztlich ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (vgl. BGE 126 V 75). Der Beschwerdeführer ist gesundheitsbedingt wenig belastbar. Zumutbar ist ihm nur eine leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeit ohne Stress und Zeitdruck, in eher ruhiger Umgebung, ohne Lärmbelästigung und ohne Notwendigkeit zu enger Zusammenarbeit mit anderen, aber auch nicht ganz alleine, sowie mit der Möglichkeit zu unüblichen und zusätzlichen Pausen bei Panikattacken. Hinzu kommt, dass er seine Restarbeitsfähigkeit in zwei Einsätzen von je 2 Stunden pro Tag sollte verwerten können (IV-act. 47/21). Daraus folgt, dass er gegenüber einem gesunden Konkurrenten wenig flexibel ist und für Überstundentätigkeit praktisch nicht verfügbar sein dürfte. Er weist überdies ein höheres Krankheitsrisiko auf und bedarf besonderer Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten und Arbeitskollegen. Diese Umstände rechtfertigen einen Abzug von 20% von den Tabellenlöhnen. Zusammen mit der Arbeitsunfähigkeit von 50% ergibt sich auf diese Weise ein Invaliditätsgrad von 60% und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Die Zusprache einer Dreiviertelsrente durch die Beschwerdegegnerin erweist sich somit als richtig. Invaliditätsgrad und Rentenhöhe werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten.

7.5 Zum Streitgegenstand bei einer unbestritten zugesprochenen Rente gehört notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung nach dem Grundsatz "Eingliederung vor Rente" eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen hat. Dass die Beschwerdegegnerin implizit von Eingliederungsmassnahmen abgesehen hat, lässt sich vorliegend nicht



beanstanden, ist doch nicht ersichtlich, dass eine zumutbare Massnahme zur Verfügung stünde, mit der sich eine Senkung des Invaliditätsgrades erreichen liesse. Insbesondere wäre von einer stationären Behandlung (zum Erlernen verhaltenstherapeutischer Techniken und zur medikamentösen Neueinstellung) keine rentenrelevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (vgl. IV-act. 47/20).

8.

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen (vgl. E. 4) ist der Rentenbeginn auf den 1. November 2006 festzusetzen. Auf Grund der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahrs (56,6%, vgl. E. 5) und der daran anschliessenden Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität von 60% hat der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2006 zunächst Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Gestützt auf Art. 88a Abs. 2 IVV erhöht sich der Anspruch ab 1. Februar 2007 auf eine Dreiviertelsrente; die sinngemässe Anwendung von Art. 29bis IVV fällt ausser Betracht, weil dies nicht früher zum Anspruch auf eine höhere Rente führen würde (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der IV [KSIH], Rz 4001 ff., 4011).

9.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2009 gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung ab 1. November 2006 eine halbe Rente sowie ab 1. Februar 2007 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Dieser Verfahrensausgang kommt einem vollen Obsiegen gleich, wird doch eine Rente wie beantragt ab 1. November 2006 zugesprochen, wobei sich der Anspruch auf eine Dreiviertelsrente lediglich wegen der Wartezeitberechnung erst ab 1. Februar 2007 ergibt.

10.

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Beschwerdeführerin unterliegt, sodass ihr die gesamte



St.Galler Gerichte

Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

Der Beschwerdeführer hat bei Obsiegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 6. März 2009 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2006 eine halbe Invalidenrente sowie ab 1. Februar 2007 eine Dreiviertelsrente zugesprochen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.