



**Fall-Nr.:** IV 2010/85  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 03.06.2020  
**Entscheiddatum:** 19.04.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.04.2012**

**Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich  
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. April  
2012, IV 2010/85). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_382/2012**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,  
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

#### **Entscheid vom 19. April 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Stephan Jau, M.A. HSG, Advokatur Hubatka & Partner,  
Obere Bahnhofstrasse 24, 9500 Wil SG,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

#### **Sachverhalt:**



A.

A.a A.\_\_\_\_ stellte am 28. Januar 2005 ein Gesuch um eine Invalidenrente (IV-act. 1). Im Gesuchsformular gab er u.a. an, er habe keinen Beruf erlernt. Die B.\_\_\_\_ gab am 25. Februar 2005 an (IV-act. 8), sie habe den Versicherten als Betriebsmitarbeiter beschäftigt. Der Lohn habe Fr. 4'834.28 (x13) betragen. Das Arbeitsverhältnis sei per Ende Februar 2005 aufgelöst worden. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie berichtete der IV-Stelle am 23. Februar 2005 (IV-act. 9), der Versicherte leide an einer Diskusprotrusion L4/5 mit Nervenwurzelirritation bds., an einer Spondylarthrose L3/4 und L4/5 sowie an einer Hyperkyphose der LWS mit einer kompensatorischen Lordose der HWS und der LWS. Dr. C.\_\_\_\_ gab weiter an, der Versicherte sei an seinem letzten Arbeitsplatz seit dem 23. Februar 2004 zu 100% arbeitsunfähig, denn er könne nicht mehr länger als zwanzig Minuten sitzen oder stehen. Bei einem Arbeitsversuch (leichte Arbeit für die halbe Arbeitszeit) habe er bereits nach einer Stunde zum Notfallarzt gebracht werden müssen. Die IV-Stelle beauftragte die AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene GmbH in Zürich mit einer rheumatologischen Abklärung (IV-act. 19). Die Sachverständigen der AEH GmbH berichteten in ihrem Gutachten vom 25. Januar 2006 (IV-act. 32), der Versicherte sei bereits durch die Orthopädie des Kantonsspitals St. Gallen abgeklärt worden. Die Beschwerden hätten auf Facettengelenksinfiltrationen nicht angesprochen. Pathologien, welche die ausgeprägten Rückenschmerzen hätten erklären können, seien dort nicht festgestellt worden. Gestützt auf ihre eigenen Abklärungen führten die Sachverständigen der AEH GmbH aus, gesamthaft leide der Versicherte unter einem generalisierten Schmerzsyndrom mit Panvertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform sowie degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. Die radiologisch fassbaren hypertrophen Spondylosen im Bereich der BWS liessen an eine idiopathische skeletale Hyperostose denken. Allerdings seien die formalen radiologischen Kriterien aktuell nicht erfüllt. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Diskrepanz zwischen dem subjektiv hohen Beschwerdeniveau, dem gezeigten Funktionsniveau und den objektiven Befunden. Aufgrund der Schmerzanamnese gebe es keine Hinweise für einen mechanischen Schmerzcharakter. Anamnestisch und klinisch bestünden aber viele Zeichen für eine Symptomausweitung (positive Waddellzeichen, tiefe Selbsteinschätzung im PACT-Test, Selbstlimitierung in der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL). Ein Grossteil der objektiven Befunde sei langjährig vorbestehend und die radiologisch



fassbaren degenerativen Wirbelsäulenveränderungen überschritten das altersentsprechende Ausmass nicht. Von weiteren physiotherapeutischen Massnahmen sei keine Besserung zu erwarten. Die Motivation für eine Teilnahme an einem interdisziplinären Schmerzprogramm sei fraglich. Die Opiate sollten wegen des unzureichenden Effekts (anhaltend hohe Schmerzangaben) sowie der sedierenden Nebenwirkungen gestoppt werden. Aus rein rheumatologischer Sicht sei eine körperliche Schwerarbeit aufgrund der objektiven Befunde nicht mehr zumutbar. Nichts spreche aber gegen eine maximal mittelschwere Tätigkeit, die ganztags zumutbar sei. Aufgrund der deutlichen Hinweise für eine Schmerzverarbeitungsstörung sollte der Versicherte psychiatrisch abgeklärt werden. Die IV-Stelle beauftragte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit einer psychiatrischen Begutachtung (IV-act. 30). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 29. November 2006 (IV-act. 50), die Begutachtung sei im Beisein eines Dolmetschers erfolgt. Die Diagnose laute: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom. Aus rein somatischer Sicht und unter Berücksichtigung der nichtinvalidisierenden Faktoren sei der Versicherte zu 50% arbeitsunfähig. Das gelte für die Zeit ab Februar 2004. Rehabilitationsmassnahmen seien zwar zumutbar, aber weder indiziert noch durchführbar. Dabei dürften nichtinvalidisierende Faktoren eine Rolle spielen. Die mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom sei die mitwirkende Komorbidität zur somatoformen Schmerzstörung. Dr. med. E.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 1. Februar 2007 fest (IV-act. 51), bidisziplinär liege eine Arbeitsfähigkeit von 50% für leichte adaptierte Tätigkeiten vor. Die IV-Stelle verglich ein Valideneinkommen als Betriebsmitarbeiter der B.\_\_\_\_ für 2007 von Fr. 63'557.-- mit einem zumutbaren Invalideneinkommen 2007 von Fr. 29'514.-- (IV-act. 64). Es resultierte ein Invaliditätsgrad von 53,56%. Mit einem Vorbescheid vom 22. November 2007 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache einer halben Invalidenrente rückwirkend ab Februar 2005 an (IV-act. 67).

A.b Der Versicherte liess am 7. Januar 2008 die Zusprache einer ganzen Invalidenrente beantragen (IV-act. 73). Sein Rechtsvertreter begründete das mit der Widersprüchlichkeit und dem Fehlen einer Begründung des psychiatrischen Gutachtens, mit einem zu hohen zumutbaren Invalideneinkommen und mit einem seit den beiden Gutachten weiter verschlechterten Gesundheitszustand. Dr. E.\_\_\_\_ empfahl am 26. Februar 2008 eine MEDAS-Begutachtung, da vor einem Jahr abschliessend zu



den medizinischen Aspekten der Rentenprüfung Stellung genommen worden sei (IV-act. 75). Die IV-Stelle beauftragte die MEDAS Zentralschweiz mit der Abklärung (IV-act. 78). Diese erstattete ihr Gutachten am 23. Juli 2008 (IV-act. 80). Die Sachverständigen führten aus, der Versicherte habe recht ordentlich, allerdings gebrochen Deutsch gesprochen. Für eine psychiatrische Anamnese habe es allerdings nicht ausgereicht, weshalb ein Dolmetscher beigezogen worden sei. Der psychiatrische Sachverständige hatte dazu in seinem Teilgutachten vom 22. Juni 2008 (IV-act. 80-38) festgehalten, der Versicherte sei beim Gespräch höflich gewesen. Der Übersetzer habe wegen des Hörgeräts links etwas lauter reden müssen. Das Sprachverständnis sei unter diesen Umständen gut gewesen. Im Hauptgutachten wurde weiter berichtet, der rheumatologische Sachverständige habe einen bisher nicht bekannten somatischen Schwerpunkt gefunden. Der Versicherte leide an einer Protrusio acetabuli bds., linksbetont mit nun radiologisch fortgeschrittenen schweren Coxarthrosen. Links bestehe ein Verdacht auf einen St. n. Epiphysiolyse capitis femoris. An der linken Hüfte habe sich eine leichte Beugekontraktur feststellen lassen. Vermutlich sei dieser Befund die Ursache der chronischen Überlastung der Lumbosakralregion (bei zusätzlich vorbestehender lumbosakraler Hyperlordose mit Sacrum acutum und lumbosakraler Übergangsanomalie). Weil der Versicherte über Schmerzen in der Hüftregion und in der Leistengegend klage, sei die Optik bisher zu sehr auf die Wirbelsäule gelegt worden. Diese sei allerdings auch tangiert, denn der Versicherte leide an einem Hohlrundrücken mit den entsprechenden Einschränkungen. Hinweise auf lumbosakrale Reiz- oder Ausfallsyndrome fehlten. Es sollte eine Versorgung mit Totalendoprothesen erfolgen. Die Morphintherapie sei nicht indiziert. In einer wechselbelastenden, vorwiegend eher sitzenden Tätigkeit sei der Versicherte zu 70% arbeitsfähig, wobei die Arbeitsfähigkeit allenfalls durch die vorgeschlagene Therapie noch gesteigert werden könnte. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die psychosozialen Druckfaktoren und Stressoren dominierten. Es lasse sich kein psychiatrisches Leiden definieren, das per se die Arbeitsfähigkeit einschränken würde. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte ab dem 11. Juli 2008 (Datum der Schlussbesprechung). Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 5. August 2008 fest (IV-act. 81), der Gesundheitszustand des Versicherten sei stabil. Medizinische Massnahmen könnten nicht auferlegt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht eingeschränkt. Eine adaptierte Tätigkeit sei zu 70% zumutbar.



Der Beginn der entsprechenden Arbeitsunfähigkeit könne auf Februar 2004 festgelegt werden. Die IV-Stelle verglich ein Valideneinkommen (Betriebsangestellter B.\_\_\_\_ im Jahr 2008) von Fr. 64'754.-- mit einem anhand des statistischen Durchschnittslohns der Hilfsarbeiter für das Jahr 2008 ermittelten zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 42'184.-- und errechnete so einen Invaliditätsgrad von 34,85% (IV-act. 83). Mit einem neuen Vorbescheid vom 11. Februar 2009 kündigte sie dem Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 85).

A.c Der Versicherte liess am 1. März 2009 einwenden (IV-act. 89), anlässlich der psychiatrischen Abklärung sei ein Albanisch sprechender Kosovare als Dolmetscher beigezogen worden, den er als Albaner aus Mazedonien nicht richtig verstanden habe. Deshalb sei keine eigentliche Übersetzung erfolgt. Der psychiatrische Sachverständige habe die Abweichung zur früheren Begutachtung (mittelgradige depressive Episode) nicht erklärt. Die behandelnde Psychiaterin gehe von einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode aus. Es sei deshalb ein Invaliditätsgrad von 50% anzunehmen, der sich im Zeitablauf auf 70% erhöht habe. Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte dem Rechtsvertreter des Versicherten am 9. März 2009 u.a. angegeben (IV-act. 89-5), seit dem Beginn der Behandlung (ein Jahr nach der Abklärung durch Dr. D.\_\_\_\_) bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70%. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS habe den Versicherten wegen der Sprachschwierigkeiten nicht verstanden und er sei auf das Erscheinungsbild und das Verhalten (kulturbedingter höflicher Umgang und unter Einnahme von Morphintropfen) fixiert gewesen. Deshalb habe er den Versicherten nicht als depressiv erlebt. Effektiv seien alle Kriterien einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode erfüllt. Es handle sich um einen chronischen Verlauf. Die Behandlung habe Erfolg, denn der Versicherte habe einen schweren Methadonentzug ausgehalten und die immer wiederkehrenden suizidalen Einengungen mit klaren suizidalen Absichten seien im Rahmen von Kriseninterventionen bewältigt worden. Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD hielt dazu am 8. April 2009 fest (IV-act. 90), es gebe keine Hinweise auf Verständigungsprobleme mit dem Dolmetscher und es liege auch kein eigenständiges depressives Leiden im Sinn einer Komorbidität, sondern lediglich eine Befindlichkeitsstörung im Rahmen einer Schmerzkrankheit vor. Zudem verfüge Dr. F.\_\_\_\_ nicht über die notwendige Distanz zum Versicherten. Die somatischen Beurteilungen seien konsistent. Deshalb sei weiterhin auf das MEDAS-Gutachten abzustellen. Der Rechtsvertreter des Versicherten teilte am



8. Juni 2009 mit, der Versicherte habe nun eine Prothese erhalten (IV-act. 91). Gemäss einem Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen an den Hausarzt vom 24. April 2009 (IV-act. 93) war eine Hüfttotalprothesenimplantation links erfolgt. Daraufhin war eine Thrombose aufgetreten, die zu einer verstärkten dolenten Beinschwellung links geführt hatte. Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD wies am 26. Juni 2009 darauf hin (IV-act. 94), dass die Hüfttotalprothesenoperation zum Ziel gehabt habe, die Funktionsfähigkeit des Versicherten zu verbessern. Deshalb sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit bei Erreichen eines stabilen Gesundheitszustands und bei normalem Verlauf etwas höher sein werde als vor der Operation. Es sei zu erwarten, dass sich die Venenthrombose zurückbilden werde. Er schlug vor, den Bericht über die 3-Monats-Kontrolle abzuwarten. Die Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen berichtete dem Hausarzt am 3. November 2009 (IV-act. 104-13 f.), der Versicherte sei in der wirbelsäulenchirurgischen Sprechstunde gesehen worden. In der MRI-Untersuchung hätten sich die bekannten Spondylarthrosen ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression gezeigt. Diesbezüglich bestehe keine Indikation für weitere Massnahmen. Der Versicherte berichte unverändert über Schmerzen im Bereich der linken Leiste, des linken Trochanter maior und der LWS. Diese Schmerzen zeigten anamnestisch keine Belastungsabhängigkeit. Radiologisch erscheine der Prothesenschaft als fest. Eine kleine Lysezone mediallyseitig am Calcar werde noch weiter abgeklärt. Klinisch bestehe kein Hinweis für einen Infekt. Ein Low-Grade-Infekt könne jedoch nie mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Deshalb werde der Versicherte weiter abgeklärt. Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD empfahl, den entsprechenden Bericht der Orthopädischen Klinik abzuwarten (IV-act. 105). Am 21. Dezember 2009 teilte diese dem Hausarzt mit (IV-act. 107), der Versicherte gebe an, es komme zwei- bis dreimal täglich zu einem einschliessenden Schmerz. Er gehe an zwei Stöcken, weil er diesen Schmerz fürchte. Das Bakteriologieergebnis sei negativ ausgefallen, so dass eine Infektion des Gelenks ausgeschlossen werden könne. An der vom Versicherten angegebenen Stelle sei ein Lokalanästhetikum infiltriert worden, das aber keinerlei Schmerzverbesserung bewirkt habe. Bei Ablenkung habe der Versicherte das linke Bein ganz normal eingesetzt. Es bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung. Zwar sei schwer zu unterscheiden zwischen einem tatsächlich vorhandenen Schmerz und einem primären Krankheitsgewinn. Bei dem sicher 45 Min. dauernden Gespräch mit Untersuchung sei jedoch immer wieder der



Eindruck eines eigentlich vollkommen schmerzfreien Patienten entstanden, der jeweils dann einschliessende Schmerzen habe, wenn er auf die Situation angesprochen werde. Allenfalls könnte eine Metallentfernung im Bereich der Cerclage durchgeführt werden, aber das müsse unterbleiben, weil dies nicht als Ursache der Beschwerden bewiesen sei. Dr. E. \_\_\_ vom RAD notierte am 21. Januar 2010 (IV-act. 108), während der Zeit von April bis Oktober 2009 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither gelte wieder die gutachterlich festgelegte Arbeitsfähigkeit adaptiert von 70%. Mit einer Verfügung vom 25. Januar 2010 wies die IV-Stelle das Rentengesuch ab (IV-act. 109).

B.

B.a Der Versicherte liess am 1. März 2010 Beschwerde gegen diese Verfügung erheben und die Rückweisung der Sache zur Neubeurteilung beantragen; eventualiter sei ihm eine ganze, subeventualiter eine halbe Invalidenrente zuzusprechen (act. G 1). Der Rechtsvertreter führte zur Begründung aus, bei der ersten psychiatrischen Begutachtung (Dr. D. \_\_\_) sei ein Dolmetscher beigezogen worden, der die Muttersprache des Beschwerdeführers beherrscht habe. Die Qualität des Dolmetschers anlässlich der MEDAS-Abklärung habe nicht im Voraus geprüft werden können. Dr. F. \_\_\_ habe bestätigt, dass Verständigungsprobleme bestanden hätten, weil der Dolmetscher und der Beschwerdeführer erheblich unterschiedliche Varianten des Albanisch gesprochen hätten. Die psychiatrische Begutachtung durch die MEDAS Zentralschweiz sei deshalb nicht verwertbar. Dr. D. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ hätten eine mittelgradige depressive Störung angegeben. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS habe keine Faktoren dargelegt, die seine Bemessung belegen könnten. Deshalb dürfe nicht auf seine Einschätzung abgestellt werden. In der Depression liege also eine Komorbidität zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vor. Trotz der aufwendigen Therapiebemühungen habe sich die Schmerzsituation nicht gebessert. Deshalb sei es dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu überwinden. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit von 80% zu attestieren. Bei der Berechnung des zumutbaren Invalideneinkommens sei ein Abzug von 25% zu machen. Demnach bestehe selbst bei einer Arbeitsfähigkeit von 70% ein Invaliditätsgrad von über 50%.



B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 7. Mai 2010 die Abweisung der Beschwerde (Act. G 4). Sie machte geltend, in rheumatologischer Hinsicht sei nach der gelungenen Implantation einer Hüfttotalprothese links davon auszugehen, dass keine Coxarthrose als organisches Korrelat für die geklagte Schmerzsymptomatik mehr vorliege. Deshalb lasse sich aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Ab Dezember 2009 sei somit von einer aus somatischer Sicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten auszugehen. In Bezug auf die angeblichen Verständigungsprobleme anlässlich der psychiatrischen Abklärung durch die MEDAS seien die Ausführungen des Beschwerdeführers nicht stichhaltig. Der psychiatrische Sachverständige habe nämlich angegeben, das Sprachverständnis sei gut gewesen. Das spreche dafür, dass keine relevanten Verständigungsprobleme zwischen dem Dolmetscher und dem Beschwerdeführer bestanden hätten. Das psychiatrische Gutachten selbst enthalte keine Indizien dafür, dass ein relevanter Gesichtspunkt wegen sprachlicher Schwierigkeiten verborgen geblieben wäre. Die Beurteilung der Beschwerden als Befindlichkeitsstörung im Rahmen der Schmerzerkrankung leuchte ein. Dr. D.\_\_\_\_ habe die entsprechenden Symptome zu Unrecht als psychische Komorbidität qualifiziert. Die behandelnde Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ habe aufgrund ihrer Nähe zum Beschwerdeführer unter dem Einfluss der pessimistischen Selbsteinschätzung gestanden. Der Einkommensvergleich sei anhand des Lohnniveaus des Jahres 2005 vorzunehmen. Deshalb sei von einem Valideneinkommen von Fr. 61'918.-- auszugehen. Das durchschnittliche Jahreseinkommen für einfache und repetitive Arbeiten habe im Jahr 2005 Fr. 58'389.-- betragen. Es bestehe kein Anlass für einen zusätzlichen Abzug von diesem Einkommen. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% resultiere ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 40'872.--. Demnach belaufe sich der Invaliditätsgrad auf 32%.

B.c In der Replik vom 21. Juni 2010 führte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus (act. G 9), die rechte Hüfte sei noch nicht operiert. Aufgrund der entsprechenden Schmerzen gehe der Beschwerdeführer immer noch an Krücken. Der vom Hüftgelenkersatz links erhoffte Erfolg habe sich trotz komplikationsfreiem Eingriff und Heilung nicht eingestellt. Aus rheumatologischer Sicht bestehe immer noch eine Arbeitsunfähigkeit von 30%. Der Beschwerdeführer sei für weitere Abklärungen in der Klinik G.\_\_\_\_ angemeldet. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht nicht vollständig erfüllt. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS habe das



## St.Galler Gerichte

Sprachverständnis des Beschwerdeführers gar nicht beurteilen können, da er nicht Albanisch spreche. In fachlicher Hinsicht erstaune, dass die psychiatrische Abklärung die Frage der eingenommenen Medikamente nicht berührt habe, denn diese Medikamente hätten Auswirkungen auf das Verhalten des Beschwerdeführers. Da dieser Morphine eingenommen habe, sei das psychiatrische Teilgutachten nicht verwertbar. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei so intensiv und langanhaltend, dass die Überwindung der Schmerzen und der Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess nicht zumutbar seien. Ein zusätzlicher Abzug vom statistisch ermittelten Hilfsarbeiterlohn sei gerechtfertigt angesichts des Alters, des Wechsels von einer körperlichen Schwerarbeit in eine leichte Arbeit, der morphinbedingten Konzentrationsprobleme (Sicherheitsrisiko) und des Teilzeitnachteils. Ein Abzug von 25% sei angemessen.

B.d Am 23. Juni 2010 sistierte die Gerichtsleitung auf Begehren des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers das Beschwerdeverfahren bis zum Eingang eines Berichts der Klinik G.\_\_\_\_ (act. G 10). Die Sistierung wurde - jeweils antragsgemäss - mehrmals verlängert. Am 31. August 2011 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Bericht der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 29. September 2011 ein (act. G 27.1.1). Laut diesem war ihr der Beschwerdeführer wegen einer ausgeprägten depressiven Symptomatik und zwischenzeitlich auftretender suizidaler Gedanken zugewiesen worden. Beim Eintritt hatte er berichtet, dass er seit mehreren Monaten keine Hoffnung mehr habe; er wäre am liebsten tot. Weiter wurde im Bericht der Klinik ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 26. Mai 2011 in den geschlossenen Bereich der akut- und notfallpsychiatrischen Abteilung aufgenommen worden. Bei fehlender Suizidalität sei er bereits am Folgetag in den offenen Bereich verlegt worden. Bei Überwiegen der Schmerzproblematik sei er dann am 1. Juni 2011 in die psychotherapeutische Station eingetreten. Eine deutliche kognitive Einschränkung sei durch eine deutliche Reduktion der Morphingabe verbessert worden. Unter diesen Bedingungen sei es ab dem 26. Juni 2011 zu einer Besserung der Stimmungslage und der Eigenmotivation gekommen. Die Diagnosen lauteten: Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Störungen durch Opiode. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf eine Weiterführung der ursprünglich von ihm angebehrten Sistierung, obwohl der Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ immer noch nicht vorlag (act. G 27).



## St.Galler Gerichte

B.e Die zu einer Duplik aufgeforderte Beschwerdegegnerin vertrat am 6. September 2011 die Auffassung (act. G 29), die eingereichten medizinischen Berichte seien nicht zu berücksichtigen, da der Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses die Grenze der gerichtlichen Beurteilung bilde.

B.f Anlässlich der mündlichen Verhandlung vom 19. April 2012 wiederholte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die bereits in seinen Rechtsschriften gestellten Begehren. Zur Begründung machte er geltend, das psychiatrische Teilgutachten habe keinen Beweiswert, da der Beschwerdeführer den Dolmetscher nicht verstanden habe und da der psychiatrische Sachverständige nicht gewusst habe, dass der Beschwerdeführer nach wie vor Morphin und andere Schmerzmittel eingenommen habe. Dieser leide seit über acht Jahren an einem Schmerzsyndrom und er habe sich zahlreichen Therapien unterworfen, ohne dass eine Besserung eingetreten wäre. Deshalb könne von einem mehrjährigen, chronifizierten Verlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ausgegangen werden. Gemäss dem Umstand, dass der Beschwerdeführer immer noch Saroten retard und Paroxetin einnehme, müsse er - den Angaben der behandelnden Ärzte folgend - an einer mittelgradig depressiven Störung als Komorbidität leiden. Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht allein betrage 50%. Der Gesamtarbeitsunfähigkeitsgrad belaufe sich demnach auf 80%. Selbst wenn nur auf die rheumatologisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 30% abgestellt würde, bestünde ein Anspruch auf eine Invalidenrente. Der Beschwerdeführer sei nämlich nicht mehr fähig, seine Restarbeitsfähigkeit von 70% zu verwerten, da er starke Betäubungsmittel und weitere Medikamente zu sich nehme, die Konzentrationsschwierigkeiten und ein Zittern der Hände bewirkten. Die effektive Restarbeitsfähigkeit würde also statt 70% nur 40% betragen. Der Abzug vom Tabellenlohn müsse 25% ausmachen, weil der Beschwerdeführer als Teilzeitbeschäftigter einen überproportionalen Lohnnachteil in Kauf zu nehmen hätte und nur noch unter vielen Einschränkungen arbeiten könnte. Schliesslich sei die Frage aufzuwerfen, ob überhaupt ein stabiler Gesundheitszustand bestehe. Wenn dies nicht der Fall sei, habe die Beschwerdegegnerin verfrüht eine Verfügung erlassen. Die Beschwerdegegnerin hatte auf eine Teilnahme an der Gerichtsverhandlung verzichtet.

### Erwägungen:

1.



Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wer zu mindestens 40% invalid ist (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG, SR 831.20). Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil der Sozialversicherung; ATSG, SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrads das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.1 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit indirekt des Invaliditätsgrads - ist in aller Regel der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Bemessung normalerweise den ersten Schritt bei der Ermittlung des massgebenden Sachverhalts bildet. Für die frühere Tätigkeit bei der B. \_\_\_ AG wie auch für jede andere körperlich stark belastende Erwerbstätigkeit ist der Beschwerdeführer nach übereinstimmender Auffassung aller an der Abklärung beteiligten medizinischen Fachpersonen allein schon aufgrund der Beeinträchtigung seiner körperlichen Gesundheit zu 100% arbeitsunfähig. Diese vollständige Arbeitsunfähigkeit ist aber nicht relevant für die Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens (und damit des Invaliditätsgrads), weil der Beschwerdeführer, der keinen Beruf erlernt hat, ohne jede berufliche Eingliederungsmassnahme in der Lage ist, eine behinderungsadaptierte Hilfsarbeit auszuüben. Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens bildet deshalb die Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung bestmöglich Rechnung tragenden Hilfsarbeit. Der Beschwerdeführer ist sowohl in seiner körperlichen als auch in seiner psychischen Gesundheit beeinträchtigt. Nach der übereinstimmenden Auffassung der psychiatrischen Sachverständigen und der behandelnden Psychiaterin liegt auf jeden Fall eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Wesentlich für diese Diagnose ist ein seit mindestens sechs Monaten kontinuierlicher, an den meisten Tagen anhaltender, schwerer und belastender Schmerz, der nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden kann und der anhaltend den Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Betroffenen bildet (vgl. den Taschenführer der Weltgesundheitsorganisation zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 5. A., F45.4). In dieser psychischen Krankheit ist



also bereits eine erhebliche Abweichung zwischen den geklagten Beschwerden und den objektiv durch eine somatische Beeinträchtigung gerechtfertigten Beschwerden angelegt. Diesem Umstand ist bei der Abklärung der somatischen Beeinträchtigung Rechnung zu tragen. Entgegen der Auffassung der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers - zumindest tendenziell - vertretenen Auffassung, dass das Ausmass und die Intensität der geklagten Schmerzen auf eine entsprechend schwerwiegende somatische Beeinträchtigung schliessen lasse, muss bei der Abklärung der somatischen Situation ganz besonders darauf geachtet werden, dass nicht von den geklagten Beschwerden auf die Art und insbesondere die Schwere der Gesundheitsbeeinträchtigung geschlossen werden kann. Bei der Abklärung der somatischen Beeinträchtigung ist bis zur MEDAS-Begutachtung irrtümlicherweise davon ausgegangen worden, dass die relevante Ursache der körperlich fassbaren Beschwerden in der Wirbelsäule zu suchen sei. Die Angaben im Gutachten der AEH GmbH vom 25. Januar 2006 - und damit die entsprechende Arbeitsfähigkeitsschätzung - vermögen deshalb nicht zu überzeugen. Die erstmalige Diagnose der eigentlich relevanten Hüftprobleme durch die MEDAS Zentralschweiz hat es ermöglicht, die somatische Situation in ihrer Gesamtheit zu erkennen und damit zu beurteilen, wie weit die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers objektiv sind. Dass diese Beschwerdeschilderungen weitgehend auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und nicht auf die somatischen Defektzustände zurückzuführen sind, ist dadurch endgültig bestätigt worden, dass der Beschwerdeführer auch nach der objektiv in jeder Hinsicht erfolgreichen Implantation einer Hüftgelenkprothese links weiterhin Schmerzen, wenn auch anderer Art, angegeben hat, die auch für eine adaptierte Erwerbstätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Die in der Replik aufgestellte Behauptung, der Beschwerdeführer sei aufgrund der weiterhin bestehenden Beschwerden gezwungen, an zwei Stöcken zu gehen, überzeugt nicht, denn im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 21. Dezember 2009 ist festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer deutlich den Eindruck erweckt habe, dass er eigentlich völlig schmerzfrei sei. Das lässt darauf schliessen, dass der Beschwerdeführer weder an der operierten linken Hüfte noch an der rechten Hüfte oder im Wirbelsäulenbereich objektiv an Schmerzen leidet, die so stark wären, dass auch in einer adaptierten Erwerbstätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen würde. Die angegebenen Schmerzen müssen deshalb auf



die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit zurückzuführen sein. Die somatische Situation und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit stehen somit fest, allerdings nur für die Zeit bis zur Hüftoperation links bzw. bis zum Auftreten allfälliger somatischer Beschwerden, die schliesslich zu einer Hüftoperation links Anlass gegeben haben. Der Beschwerdeführer dürfte also in einer der Behinderung bestmöglich adaptierten Hilfsarbeit bis in die Zeit vor der Hüftoperation links im April 2009 rein somatisch betrachtet zu 70% arbeitsfähig und danach bis Oktober 2009 zu 100% arbeitsunfähig gewesen sein. Für die Zeit nach dem Abschluss der Rekonvaleszenz, also ab November 2009, hat Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD zwar wieder eine Arbeitsfähigkeit von 70% angegeben, ohne sich dabei aber auf eine objektive Abklärung stützen zu können. Da die Arbeitsunfähigkeit von 30% zu einem erheblichen Teil auf die durch die Operation eigentlich beseitigten Hüftprobleme links zurückzuführen gewesen ist, erscheint die Annahme einer weiterhin 70% betragenden Arbeitsfähigkeit als wenig plausibel. Zu erwarten wäre eigentlich eine aus somatischer Sicht uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bezogen auf eine adaptierte Tätigkeit.

### 1.2

1.2.1 In Bezug auf die psychische Situation des Beschwerdeführers weichen die medizinischen Angaben zur Diagnose und zur Arbeitsfähigkeit stark voneinander ab. Zwar haben alle psychiatrischen Fachleute, die sich mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers befasst haben, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Aber im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_, in den Berichten der behandelnden Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ und im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ erscheint zusätzlich die Diagnose einer mindestens mittelgradigen Depression. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS Zentralschweiz hat als einziger nur eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angegeben. Die von den anderen psychiatrischen Fachleuten als Depression qualifizierte Kombination von Symptomen ist von ihm als Befindlichkeitsstörung im Rahmen der Schmerzkrankheit interpretiert worden. Die Parteien des Beschwerdeverfahrens scheinen davon ausgegangen zu sein, dass es für die Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit entscheidend darauf ankomme, ob neben der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch noch die Diagnose einer Depression gestellt werde, denn das kombinierte Auftreten einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer



Depression schliesse eine Arbeitsfähigkeit aus, während eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung für sich allein keine Arbeitsunfähigkeit begründen könne. Diese Interpretation der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Arbeitsfähigkeitsrelevanz der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. zur Bedeutung der sogenannten Foerster'schen Kriterien (vgl. Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, bearbeitet von Ulrich Meyer, 2. A., S. 25 ff.) ist zu formal. Eine Komorbidität, d.h. das Vorliegen einer zweiten psychiatrischen Krankheit neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, hat nach diesen Kriterien nicht notwendigerweise eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Ebenso wenig ist eine für sich allein auftretende, andauernde somatoforme Schmerzstörung generell ausserstande, eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Entscheidend ist immer die Art und insbesondere die Stärke der Symptome bzw. die Auswirkung dieser Symptome auf die Fähigkeit der betroffenen Person, sich trotz der subjektiv empfundenen Schmerzen und der weiteren Beschwerden zur Ausübung einer (möglichst vollzeitlichen) Erwerbstätigkeit durchzuringen. Auch eine somatoforme Schmerzstörung, die zusammen mit einer Depression auftritt, kann also bei Aufwendung der zumutbaren Willensenergie eine Erwerbstätigkeit erlauben. Umgekehrt kann eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung so starke Beschwerden verursachen, dass die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auch bei Aufwendung aller zumutbaren Willensenergie nur noch eingeschränkt oder sogar überhaupt nicht mehr möglich ist. Selbst wenn der Beschwerdeführer also sowohl an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als auch an einer Depression litte, stünde aufgrund dieser Komorbidität allein noch nicht fest, dass er auch in einer der körperlichen Beeinträchtigung adaptierten Erwerbstätigkeit vollständig oder wenigstens in einem hohen Ausmass arbeitsunfähig wäre.

1.2.2 Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS Zentralschweiz hat eine aus der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung resultierende Arbeitsunfähigkeit verneint. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat gegen die Überzeugungskraft dieser Einschätzung vorgebracht, der Beschwerdeführer habe den Dolmetscher nicht verstanden, da dieser eine andere Variante der albanischen Sprache verwendet habe. Ausserdem habe der Beschwerdeführer unter dem Einfluss von Morphinen gestanden, so dass er dem psychiatrischen Sachverständigen nicht seinen wahren Zustand



gezeigt habe. Hätten zwischen dem Beschwerdeführer und dem Dolmetscher tatsächlich Verständigungsprobleme bestanden, so wäre dies dem Dolmetscher sofort aufgefallen. Er hätte den psychiatrischen Sachverständigen unverzüglich auf diesen Umstand aufmerksam gemacht und dieser hätte die Untersuchung abgebrochen und einen neuen Termin angesetzt, um an diesem dann einen geeigneten Dolmetscher einsetzen zu können. Im übrigen wäre auch vom Beschwerdeführer zu erwarten gewesen, dass er die Verständigungsprobleme sofort geltend gemacht hätte. Auf jeden Fall hätte sein Rechtsvertreter einen solchen Fehler unmittelbar im Anschluss an die Begutachtung rügen müssen. Hätten tatsächlich erhebliche Verständigungsprobleme zwischen dem Dolmetscher und dem Beschwerdeführer bestanden, wäre es objektiv gar nicht möglich gewesen, jene umfassende Anamnese aufzunehmen und jenen detaillierten Befund abzugeben, die sich im psychiatrischen Gutachten vom 22. Juni 2008 finden. Es darf deshalb davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer den Dolmetscher in einem ausreichenden Mass verstanden hat. Der Sachverständige wusste um die gesamte Medikation, unter welcher der Beschwerdeführer stand, und er hat auf mögliche Auswirkungen in der Exploration hingewiesen. Gestützt auf die Erfahrung des psychiatrischen Sachverständigen ist davon auszugehen, dass er den Auswirkungen dieser Medikation auf das Verhalten und die Angaben des Beschwerdeführers vollumfänglich Rechnung getragen hat. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vermag nicht zu begründen, weshalb der Sachverständige allfällige Auswirkungen der Schmerzmittel bewusst hätte ignorieren und damit eine Fehlbeurteilung in Kauf nehmen sollen. Mit einer unzureichenden Qualität der Untersuchung lässt sich die Überzeugungskraft der Begutachtung durch den psychiatrischen Sachverständigen der MEDAS also nicht erschüttern.

1.2.3 Zu prüfen bleibt, ob die abweichenden Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen anderer psychiatrischer Fachleute, die sich mit dem Beschwerdeführer befasst haben, die Überzeugungskraft des psychiatrischen Teilgutachtens der MEDAS Zentralschweiz zu erschüttern und allenfalls selbst zu überzeugen vermögen. Dr. D. \_\_\_ hat - wohl insbesondere gestützt auf das Ergebnis des vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogens zur Ermittlung des massgebenden Werts auf der Hamilton-Depressionsskala - eine depressive Störung angenommen. Er hat eine ganze Reihe von typischen Depressionssymptomen angeführt: Traurig, hoffnungslos, hilflos, mutlos, neigt zum Weinen, lebensüberdrüssig,



vor einem Jahr starke Suizidgedanken, Ein- und Durchschlafstörungen, Verlust von Freude und Interesse an allem, psychische Ängste, somatische Ängste usw. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS-Zentralschweiz hat demgegenüber ein intaktes Realitätsempfinden, eine intakte Beziehungsfähigkeit und eine erhaltene Affektsteuerung festgestellt. Er hat die verminderte Lebenslust und Vitalität auf den Verlust der sinnstiftenden Arbeit, mit der sich der Beschwerdeführer früher sehr stark identifiziert habe, auf die Ratlosigkeit im Umgang mit der neuen Situation und auf die Auseinandersetzungen mit der Ehefrau als Folge der finanziellen Sorgen zurückgeführt. Daraus hat er den Schluss gezogen, dass es sich nicht um ein eigenständiges psychisches Leiden, sondern um eine Befindlichkeitsstörung im Rahmen der Schmerzkrankheit handle. Die behandelnde Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ hingegen ist davon überzeugt gewesen, dass der Beschwerdeführer neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch an einer starken Depressivität leide. Wohl auf ihre Veranlassung ist der Beschwerdeführer am 26. Mai 2011 in die Psychiatrische Klinik H.\_\_\_\_ eingewiesen worden. Die Ärzte dieser Klinik haben in ihrem Austrittsbericht vom 29. Juli 2011 zwar ebenfalls die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode angegeben. Aber der Verlauf der stationären Behandlung hat eigentlich eine andere Sprache gesprochen. Bereits am ersten Tag hat sich nämlich herausgestellt, dass der Beschwerdeführer gar nicht suizidal war, obwohl dies den eigentlichen Einweisungsgrund gebildet hatte. Nur sechs Tage später ist er "bei überwiegender Schmerzproblematik" in die psychotherapeutische Station verlegt worden. Die eigentliche Problematik hat offenbar in der Einnahme zu hoher Morphindosen bestanden. Dies lässt darauf schliessen, dass die behandelnde Psychiaterin, wie es bei Therapeuten erfahrungsgemäss oft der Fall ist, die pessimistische Selbsteinschätzung und -darstellung des Beschwerdeführers übernommen und deshalb den psychischen Gesundheitszustand nicht objektiv beurteilt hat. Aufgrund der somatoformen Schmerzstörung hat der Beschwerdeführer vermutlich nicht nur seine somatische, sondern auch seine psychische Situation als erheblich schlechter geschildert, als sie effektiv gewesen ist. Dieses Verhaltensmuster dürfte auch gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ - und erst recht gegenüber Dr. F.\_\_\_\_ - dazu geführt haben, dass der Gesundheitszustand als stark beeinträchtigt beurteilt worden ist. Die vom Gutachten der MEDAS Zentralschweiz abweichenden Diagnosen und Einschätzungen von Dr. D.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und der Ärzte der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vermögen deshalb keine Zweifel an der



auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung beschränkten Diagnose und an der entsprechenden Verneinung einer Arbeitsunfähigkeit durch den psychiatrischen Sachverständigen der MEDAS zu wecken. Der Begutachtungsauftrag an die MEDAS Zentralschweiz hat darin bestanden, die korrekte Diagnose zu stellen und eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben. Er hat nicht beinhaltet, die frühere Begutachtung und die Angaben der behandelnden Ärzte auf deren Richtigkeit zu überprüfen. Das Fehlen einer Auseinandersetzung mit abweichenden medizinischen Meinungsäusserungen ist deshalb kein Mangel der Begutachtung, der die Überzeugungskraft herabmindern würde. Der Umstand, dass die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeitsschätzungen im Zeitablauf divergieren, lässt sich nicht auf einen wellenförmigen Verlauf zurückführen, denn dies wäre von den medizinischen Fachleuten, insbesondere von der behandelnden Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_, erkannt und kommentiert worden. Dies hätte nämlich gegen die Richtigkeit der Einschätzung durch die MEDAS Zentralschweiz ins Feld geführt werden können. Gestützt auf das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz ist also davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Hilfsarbeit aus rein psychiatrischer Sicht nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

1.3 Für die Situation nach der Hüftgelenkoperation links fehlt eine verlässliche Arbeitsfähigkeitsschätzung. Diese kann unterblieben, falls aufgrund eines Arbeitsfähigkeitsgrads von 70% ein Invaliditätsgrad von weniger als 40% (Art. 28 Abs. 2 IVG) resultieren sollte. In diesem Fall wäre nämlich in antizipierender Beweiswürdigung auch für die Zeit nach der Operation davon auszugehen, dass der Invaliditätsgrad die Grenze von 40% nicht erreiche, denn der Arbeitsfähigkeitsgrad ist durch diese Operation tendenziell angehoben worden; auf keinen Fall aber ist er tiefer als vorher. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht geltend gemacht, dass der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) für jenes Jahr zu erfolgen habe, in welchem ein allfälliger Rentenanspruch entstehen würde. Das muss nach der auf den vorliegenden Sachverhalt anwendbaren intertemporalrechtlichen Lösung (vgl. das IV-Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen) das Jahr 2005 sein, weil ein allfälliger Rentenanspruch mit dem Ablauf des sogenannten Wartejahrs entstanden wäre (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis zur 5. IV-Revision geltenden Fassung). Der Beschwerdeführer ist an seinem Arbeitsplatz bei der B.\_\_\_\_ seit Februar 2004 zu 100% arbeitsunfähig. Das Wartejahr war also am 31. Januar 2005



erfüllt. Ein Rentenanspruch ist deshalb ab 1. Februar 2005 zu prüfen. Die B.\_\_\_\_ hat für das Jahr 2005 einen Verdienst des Beschwerdeführers von Fr. 4'834.28 bzw. Fr. 62'846.-- angegeben. Dieser Betrag ist als Valideneinkommen in den Einkommensvergleich einzusetzen. Der Beschwerdeführer hätte ab Februar auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine behinderungsadaptierte Hilfsarbeit ausüben können. Da er aber keine Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist zur Ermittlung seines zumutbaren Invalideneinkommens vom durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn des Jahrs 2005 auszugehen. Dieser hat gemäss der (sich auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebene schweizerische Lohnstrukturerhebung stützende) Tabelle im Anhang 3 zur von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Textausgabe 2012 des IVG Fr. 58'389.-- betragen. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% entspricht das einem Einkommen von Fr. 40'872.--. Der Beschwerdeführer hätte aber nicht diesen Betrag verdienen können, da er einen statistisch nachweisbaren überproportionalen Lohnnachteil bei Teilzeitbeschäftigung hätte in Kauf nehmen müssen (vgl. Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in: JaSo 2012, Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht, S. 146 ff.) und da er im Vergleich zu gesunden Konkurrenten für einen adaptierten Arbeitsplatz aus der Sicht eines potentiellen Arbeitgebers verschiedene Nachteile aufgewiesen hätte, in erster Linie wohl in der Form einer fehlenden Flexibilität quantitativer (keine vorübergehende Steigerung des Beschäftigungsgrads auf über 70% i.S. von "Überstunden") und qualitativer (keine vorübergehende Beschäftigung an einem nichtadaptierten Arbeitsplatz) Art, aber auch aufgrund der Gefahr überproportionaler Krankheitsabsenzen und ähnlicher Nachteile. Diesen Umständen ist durch einen zusätzlichen Abzug von 10% angemessen Rechnung getragen. Damit beläuft sich das zumutbare Invalideneinkommen auf Fr. 36'785.--. Die Erwerbseinbusse von Fr. 26'061.-- entspricht einem Invaliditätsgrad von (abgerundet) 41%. Am 1. Februar 2005 ist deshalb ein Anspruch auf eine Viertelsrente entstanden. Mit dem Eintritt einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Hüftoperation links im Frühjahr 2009 muss ab einem (als Folge einer unzureichenden Aktenlage) nicht genau zu bestimmenden Zeitpunkt ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100% entstanden sein. Mangels einer Abklärung sowohl des genauen Zeitpunkts des Anstiegs der Arbeitsunfähigkeit vor der Hüftoperation links als auch der Arbeitsfähigkeit ab dem Ende der Rehabilitation im November 2009 muss



eine Rentenzusprache unterbleiben, auch wenn für die erste Phase sowohl der Rentenanspruch als auch der Beginn der Rentenberechtigung feststehen. Der Entscheid muss insgesamt auf eine Rückweisung zur Sachverhaltsabklärung lauten. Sollte die weitere Abklärung ergeben, dass auch nach der Rehabilitationsphase im Anschluss an die Hüftoperation links ein Arbeitsfähigkeitsgrad vorliegt, der einen Rentenanspruch begründen könnte, so hat die Beschwerdegegnerin - getreu dem Grundsatz der "Eingliederung vor Rente" (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Vorbemerkungen N. 47) - vorab eine berufliche Eingliederung des Beschwerdeführers zu prüfen. Ein Rentenanspruch wäre also nur bis zum Beginn einer allfälligen beruflichen Eingliederungsmassnahme zu prüfen.

2.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung nicht auf einem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehenden Sachverhalt beruht. Sie ist deshalb als rechtswidrig aufzuheben und die Sache ist zur - teilweise erstmaligen - Abklärung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang ist in bezug auf die Kosten des Beschwerdeverfahrens vom Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen. Dieser hat deshalb einen Anspruch auf eine Parteientschädigung, die sich nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses richtet. Unter Berücksichtigung des in der Honorarnote ausgewiesenen überdurchschnittlichen Vertretungsaufwandes, der durch die mündliche Verhandlung noch weiter erhöht worden ist, erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr zu bezahlen. Diese richtet sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Bei dem als durchschnittlich zu qualifizierenden Aufwand erscheint eine Gebühr von Fr. 600.-- als angemessen. Der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:



## St.Galler Gerichte

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der Verfügung vom 25. Januar 2010 dahingehend gutgeheissen, dass die Sache zur Abklärung des Sachverhalts im Sinn der Erwägungen und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'700.-- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.