



Fall-Nr.: IV 2012/73
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2020
Entscheiddatum: 29.10.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 29.10.2014

Art. 28 IVG. Rentenanspruch aufgrund einer Neuanmeldung nach rechtskräftiger Abweisung. Würdigung von medizinischen Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Oktober 2014, IV 2012/73). Teilweise aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_862/2014.

Entscheid Versicherungsgericht, 29.10.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 29. Oktober 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.____ meldete sich am 30. September/6. Oktober 1997 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich Berufsberatung, Umschulung, Wiedereinschulung, Arbeitsvermittlung und eine Rente. Zuletzt hatte er ab 1994 bis zu seiner wirtschaftlich bedingten Entlassung auf Ende 1996 als Zuschneider von Zargenprofilen gearbeitet. Es erfolgten medizinische Abklärungen, unter anderem im Medizinischen Zentrum B.____, wo ein MRI der LWS vom 1. Dezember 1997 namentlich eine mediane Diskusprotrusion L4/5 mit Anulusriss median aufgezeigt hatte und nebst dem lumbovertebralen, teilweise spondylogenen und dem leichten Cervikal-Syndrom eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden war (act. 12). Ausserdem fanden berufliche Abklärungen in einer BEFAS (act. 31) und in einer anderen Abklärungsstätte (act. 64) statt. Die BEFAS hielt fest, der Versicherte erwarte die Bestätigung voller Arbeitsunfähigkeit, doch sei eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in leichten Arbeiten möglich, die weitere Abklärungsstelle verwies auf eine dürftige Motivation, die sich durch entsprechende Gespräche nicht habe verändern lassen. Bei einer MEDAS-Begutachtung wurde gemäss dem Gutachten vom 14. März 2000 (act. 74) ein diffuses chronisches Schmerzsyndrom panvertebral und der linken Extremitäten mit vegetativen Begleitbeschwerden sowie eine psychische Überlagerung von körperlichen Beschwerden bei Störung der Persönlichkeitsentwicklung mit zylothymen Zügen diagnostiziert. In einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit 20 %. Mit Verfügung vom 17. Oktober 2000 (act. 94) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 28 % ab. Das kantonale (act. 100) und das Eidgenössische Versicherungsgericht (mit Entscheid vom 2. September 2003; act. 102) wiesen die erhobenen Beschwerden ab.

B.



B.a Mit Schreiben vom 11. Februar 2005 (act. 103-1) teilte der Rechtsvertreter des Versicherten mit, dessen Gesundheitszustand habe sich laufend verschlechtert. Vom 9. Dezember 2004 bis 12. Januar 2005 habe er in der Klinik C.____ stationär behandelt werden müssen. Im Begleitschreiben vom 7. Februar 2005 zum Austrittsbericht werde bestätigt, dass eine 100-prozentige IV-Berentung angemessen wäre. Dr. med. D.____, Oberärztin, hatte im Austrittsbericht vom 21. Januar 2005 (act. 104) die Hauptdiagnose einer Somatisierungsstörung mit panvertebralem Schmerzsyndrom gestellt. Beim Versicherten sei es nach initial guter Lebensbewältigung durch belastungsabhängige Kreuzschmerzen, verschiedene psychosoziale Belastungssituationen und Kündigung der Arbeitsstelle zu einer Chronifizierung und Entwicklung des genannten Leidens gekommen, das sich im Alltag mit anhaltender Nervosität und wiederkehrenden Aggressionsdurchbrüchen im häuslichen Umfeld manifestiere. Im Begleitschreiben (act. 103-2) hatte die Ärztin erklärt, das Wiedererlangen einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit sei schon allein aufgrund der Dauer der Erkrankung seit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess vor acht Jahren äusserst unwahrscheinlich. Es habe beobachtet werden können, dass der Versicherte im Alltag durch seine Rückenschmerzen in der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit deutlich eingeschränkt sei. Selbst nicht belastende Tätigkeiten müsse er schmerzbedingt spätestens nach einer Stunde abbrechen. Im Anmeldeformular vom 28. Februar/7. März 2005 (act. 106) gab der Versicherte an, bisher vor allem an Rückenbeschwerden und seit Dezember 2004 zusätzlich an einem starken Schub einer Depression und einer Schmerzverarbeitungsstörung zu leiden. Nachdem Dr. med. E.____, Allgemeinmedizin FMH, am 10. März 2005 (act. 114) und Dr. D.____ am 12. April 2005 (act. 118; ab November 1996) eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatten, der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung am 27. Juli 2005 (act. 123) relevante Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands erkannt und der Versicherte am 7. September 2005 weitere Arztberichte (kardiologisch, urologisch) eingereicht hatte, erstattete die MEDAS Ostschweiz am 4. Januar 2007 ein Gutachten (act. 137). Als Hauptdiagnosen wurden darin benannt: eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, eine Persönlichkeitsänderung durch chronische Invalidenrolle, belastende Lebensumstände durch Arbeitsplatzverlust und ein diffuses, praktisch generalisiertes Schmerzsyndrom mit vegetativen Begleitbeschwerden. Von wesentlicher Bedeutung



seien die psychischen Faktoren, deren einschränkender Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wie bereits im Gutachten von 2000 auf 20 % zu schätzen sei. Der Versicherte sei jedoch mit seinem Krankheitsgebaren und der emotionalen Instabilität - seit der stationären Behandlung im Dezember 2004 - einem Arbeitgeber in der freien Wirtschaft nicht mehr zumutbar. Subjektiv hätten die Schmerzen seit der Erstbegutachtung weiter zugenommen, doch sei dies somatisch nicht objektivierbar. Aktuell zeige sich eine gänzlich fehlende Kollaborationsbereitschaft mit verbaler und mimisch-gestischer Aggressionsäusserung. Es übersteige die geistigen Fähigkeiten und emotionalen Kräfte des Versicherten, dieses als neurotisch anzusehende Verhaltensmuster aufzugeben. Es habe somit Krankheitswert. Ursächlich, aufrechterhaltend und schlecht für die therapeutische Prognose seien die mangelnde Schulbildung, der soziokulturelle Hintergrund, das finanzielle Desaster, die schlechten Zukunftsaussichten und der soziale Krankheitsgewinn im näheren Umfeld. Die Änderung bestehe in einer Verstärkung des passiv-aggressiven Fehlverhaltens, in einer weiteren Fixierung des subjektiven Krankheitsverständnisses und einer vollständigen Resignation. Für die Prognose spielten die vielen invaliditätsfremden Faktoren wie Emigrationsproblematik, bescheidene Sprach-, Schul- und Berufskennnisse, vieljährige Arbeitsabstinenz, starke Selbstlimitierung, Alter und subjektive Krankheitsüberzeugung eine wesentliche Rolle. Der psychiatrische Gutachter habe festgehalten, aus psychiatrischer Sicht sei keine Veränderung der vor sechs Jahren mit 20 % veranschlagten Verminderung der Arbeitsfähigkeit objektivierbar. Der RAD stellte sich am 15. Januar 2007 (act. 138) auf den Standpunkt, es sei gemäss dem Gutachten keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit objektivierbar.

B.b Mit Verfügung vom 30. April 2007 (act. 149) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle das Gesuch des Versicherten (bei einem Invaliditätsgrad von 28 %) ab. Der Versicherte liess in einer Beschwerde vom 1. Juni 2007 eine ganze Rente ab spätestens März 2005, eventualiter weitere Abklärungen, beantragen. In einer nachträglichen Eingabe im Beschwerdeverfahren vom 23. Oktober 2007 (act. 160-2 ff.) liess er einen Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und für Allgemeinmedizin, vom 19. September 2007 (act. 161) einreichen. Darin war von einem gemischt depressiv demenziellen Zustandsbild unklarer Genese bei deutlichen kognitiven Störungen im Bereich von Auffassung und formalem Denken berichtet worden. Es handle sich um eine seit 1996 langsam



schleichende (wohl: Krankheits-) Entwicklung. Dem Versicherten gelinge es zurzeit nicht mehr, am Leben teilzunehmen. Differenzialdiagnostisch müsse bei dem psychopathologischen Bild auch an ein insultbedingtes Geschehen oder neurodegenerative Erkrankungen mit erheblichen kognitiven Ausfällen gedacht werden, allenfalls an Medikamentennebenwirkungen oder Interaktionen. Am charakteristischsten sei eine depressive Episode im Rahmen einer vorbestehenden Schmerzerkrankung (Somatisierungsstörung verbunden mit neuropsychologischem Defizit). Der Arzt empfahl eine Labordiagnostik, ein MRI (des Schädels; im Hinblick auf ein vaskuläres oder neurodegeneratives Geschehen) und medikamentöse Interventionen, bei Ausbleiben eines Erfolgs eine gerontopsychiatrische oder geriatrische Abklärung. Am 7. Januar 2008 (act. 166-2 f.) liess der Versicherte einen weiteren Bericht von Dr. F.____ vom 26. November 2007 (act. 167) einreichen. Darin wurde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Der Versicherte sei zurzeit nicht arbeitsfähig. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hob die Verfügung vom 30. April 2007 mit Entscheid vom 14. Oktober 2008 (act. 168) auf und wies die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle zurück. Das Gutachten sei hinsichtlich der Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit erläuterungsbedürftig. Die MEDAS könne bei dieser Gelegenheit auch mit den Angaben von Dr. F.____ konfrontiert werden, insbesondere mit der Frage, ob sich weitere Abklärungen im Hinblick auf die differenzialdiagnostisch erwähnten Leiden rechtfertigten.

B.c Der Versicherte liess am 30. Oktober 2008 (act. 169) melden, er sei vom 2. bis 9. Oktober 2008 wegen einer koronaren Problematik hospitalisiert gewesen. Gemäss dem Bericht des Spitals G.____ vom 9. Oktober 2008 (act. 170) waren eine hypertensive und valvuläre Herzkrankheit, ein chronisches lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom, eine Prostatahyperplasie und ein unklares Hemisyndrom rechts diagnostiziert worden. Gemäss einem Bericht der Kardiologie des Departements Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen vom 28. Mai 2009 (act. 185-2) lagen unter anderem eine hypertensive Herzkrankheit und Ektasie der AA. ascendens (mit mittelschwerer Aorteninsuffizienz) vor. Am 2. Juli 2009 wurde am Universitätsspital Zürich ein Aortenklappenersatz mit Ersatz der Aorta ascendens vorgenommen (act. 192). Dr. F.____ hatte in einem IV-Verlaufsbericht vom 5. Juni 2009 (act. 186) angegeben, es habe (ohne Änderung der Diagnose) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands



stattgefunden. Der MRI-Befund vom 16. Oktober 2007 (wie dem MEDAS-Gutachten vom 15. Januar 2010, vgl. act. 200-6, zu entnehmen ist, handelt es sich um ein MRI des Schädels mit Kontrastmittel, das eine hippocampale Atrophie gezeigt hat) ergebe Hinweise auf ein organisches Substrat der Demenzerkrankung, einen sicheren Zusammenhang zu bestätigen, bedürfte weiterer Exploration.

B.d Die MEDAS Ostschweiz gab in ihrem Gutachten vom 15. Januar 2010 (act. 200) bekannt, es bestünden ein generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Persönlichkeits-Akzentuierung mit passiv-aggressiven und paranoiden Zügen und eine demenzielle Entwicklung bei atypischer Depression, DD: Ganser-Syndrom. Aufgrund des Status nach Aortenklappen-Ersatz 07/2009 und des chronischen Schmerzsyndroms würden körperlich schwere oder überwiegend mittelschwere Tätigkeiten entfallen (das heisst wohl hierfür liege keine Arbeitsfähigkeit mehr vor). Die Arbeitsfähigkeit bei anderer Tätigkeit sei aufgrund der psychischen Faktoren weitgehend eingeschränkt. Die Voraussetzungen für eine Zumutbarkeit der Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung seien nicht gegeben. Die Frage der Zumutbarkeit für einen Arbeitgeber hänge nicht nur von medizinisch-theoretischen Faktoren, sondern auch von der Wirtschaftslage und dem gesellschaftlichen Zeitgeist ab. Deshalb sei im Vorgutachten davon ausgegangen worden, dass die IV-Organen diese Arbeitsunfähigkeit festlegen würden. Der RAD habe denn auch aus der beurteilten Unzumutbarkeit keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet. Im Gutachten vom 4. Januar 2001 (wohl: 2007) sei keineswegs lediglich eine 20-prozentige Arbeitsunfähigkeit festgelegt worden. Vielmehr sei festgehalten worden, dass (aufgrund mangelnder Kooperation) keine Verschlechterung (sc. wohl: im Vergleich zum Gutachten vom März 2000) objektivierbar gewesen sei. Seit der Beurteilung vom Oktober 2006 habe sich (aus Sicht des Gutachters der Psychiatrie) der Gesundheitszustand des Versicherten nicht unbedingt verändert. Hingegen sei nun gemäss dem Gerichtsentscheid von einer vollen Arbeitsunfähigkeit mit Beginn spätestens ab der Hospitalisation in der Klinik C.____ im Dezember 2004 auszugehen. Aufgrund der Beurteilung von Dr. F.____ seien neu Gesundheitsschäden im Sinn einer atypischen, aber schweren und chronifizierten depressiven Störung objektiver geworden, spätestens ab September 2007. Es lägen objektive Anhaltspunkte für eine depressive Störung der kognitiven Funktionen vor mit der Konsequenz einer



St.Galler Gerichte

weitgehenden Arbeitsunfähigkeit. - Der RAD hielt am 25. Januar 2010 (act. 201) dafür, die Schilderung der MEDAS heisse im Umkehrschluss, dass sie nie behauptet habe, die beurteilte Unzumutbarkeit für einen Arbeitgeber begründe eine volle Arbeitsfähigkeit. Es sei zudem zu bedenken, dass mehrfach dokumentiert sei, dass der Versicherte nicht kooperiert habe und dass die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit festzulegen wegen der nicht eindeutig auszuschliessenden negativen Antwortverzerrung (wie Aggravation oder Simulation) nicht möglich sei. Eine eigentliche Verschlechterung des Gesundheitsschadens mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei von den Gutachtern verneint worden. Der im Grund vergleichbare Zustand sei allenfalls durch die Berichte von Dr. F.____ spätestens seit der Beurteilung vom September 2007 medizinisch wahrscheinlicher geworden.

B.e Mit Vorbescheid vom 19. Juli 2010 (act. 206 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten eine Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Eine Veränderung des Gesundheitszustands mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe sich nicht ergeben. Der Invaliditätsgrad betrage 28 % (Valideneinkommen Fr. 60'009.--, Invalideneinkommen Fr. 43'206.--). - Der Versicherte liess am 16. September 2010 (act. 208) eine ganze Rente ab Dezember 2005 beantragen und einwenden, gemäss dem Gutachten sei seit Dezember 2004 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. - Der RAD erachtete die Einwände des Rechtsvertreters des Versicherten (mit Ausnahmen) als nachvollziehbar. Deren juristische Beurteilung hingegen sei nicht seine Sache (act. 211). - Ein zweiter Vorbescheid vom 10. November 2011 (act. 216 f.) kündigte wiederum eine Abweisung des Leistungsgesuchs an. Der Invaliditätsgrad betrage 1 %. Die im MEDAS-Gutachten (sc. von 2010) anerkannte volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht halte einer Überprüfung anhand der rechtlichen Kriterien für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik nicht stand. Der Versicherte sei in leidensadaptierten Tätigkeiten voll arbeitsfähig. Es habe zu keinem Zeitpunkt eine Invalidität vorgelegen. - Auch auf diesen Vorbescheid hin liess der Versicherte am 16. Dezember 2011 (act. 218) den gleichen Antrag stellen. Am 17. Januar 2012 (act. 219) verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle wie angezeigt.

C.



Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller für den Betroffenen am 17. Februar 2012 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei mit Wirkung spätestens ab August 2005 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ausserdem sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege samt Rechtsverteidigung zu gewähren. Im Gerichtsentscheid vom 14. Oktober 2008 sei im Prinzip festgestellt worden, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen werden müsste, wenn die Aussage der Gutachter vom Januar 2007 zuträfe, wonach der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber nicht mehr zumutbar wäre. Das in jeder Hinsicht überzeugende Gutachten vom Januar 2010 sei zum Ergebnis gelangt, es lägen diverse Diagnosen und eine volle Arbeitsunfähigkeit vor, und zwar spätestens ab Dezember 2004, und neu seien auch Gesundheitsschäden im Sinn einer atypischen, aber schweren und chronifizierten depressiven Störung objektiver geworden, spätestens ab September 2007. Schon die somatoforme Schmerzstörung liege in einer qualifizierten Art vor und führe zu Invalidität. Mit der Persönlichkeitsänderung entfielen die Voraussetzungen für eine Zumutbarkeit der Willensanstrengung. Ausserdem sei von Demenz bzw. der Persönlichkeitsänderung mit kognitiven Ausfällen, einer psychomotorischen Hemmung und sozialem Rückzug die Rede, ferner von der Atrophie im Hirn. Das sei auf dem MRI sichtbar und ein deutlicher Hinweis für eine chronifizierte depressive Störung, die so fixiert sei, dass sie sich bereits in den Hirnstrukturen niedergeschlagen habe. Es gehe nicht darum, eine Verschlechterung im Vergleich zu 2006 nachzuweisen. Die erfahrenen Gutachter seien sich der Problematik einer allfälligen Aggravation oder Simulation bewusst gewesen. Der RAD habe sich den Einwendungen des Beschwerdeführers vom 14. Oktober 2010 im Wesentlichen angeschlossen. Der nächste Vorbescheid habe trotzdem wieder gleich gelautet wie der vorangegangene. Die MEDAS habe schon im Gutachten vom Januar 2007 nicht zum Ausdruck bringen wollen, dass die Arbeitsunfähigkeit nur 20 % betrage. Es gehe nicht an, grundsätzliche Schlussfolgerungen und Erkenntnisse eines bestellten Gutachtens, das beweistauglich sei, mit fachlichen Diskussionen über die ICD-10-Einstufung in Frage zu stellen. Wenn die Beschwerdegegnerin darauf hinweise, dass die für eine Depression typischen Symptome im Gutachten nicht aufgeführt worden seien, wäre das durch eine



Rückweisung zu klären. Es sei aber anzunehmen, dass diese so offensichtlich gewesen seien, dass sie nicht mehr eigens aufgeführt worden seien. Ausserdem sei die Symptom-Anamnese mittels eines Fragebogens erfolgt. Der soziale Rückzug des Beschwerdeführers sei von der Beschwerdegegnerin einzig deswegen bezweifelt worden, weil er mit seiner Ehefrau zusammen wohne, und zwar in einer kleinen Wohnung in einem Haus, das seinem Sohn gehöre und von dessen Familie bewohnt werde. Das sei aber eine (finanziell) existenzielle Frage. Andernfalls müsste der Beschwerdeführer in einer betreuten Wohnform leben, und es könnte auch dann argumentiert werden, er habe täglich Kontakte. Im Weiteren würde sich ein MRI (wohl: der Wirbelsäule) aufdrängen, da die chronischen Kreuz- und Nackenschmerzen - und damit eine objektivierbare Grundlage für die Schmerzen - seit vielen Jahren nicht mehr näher abgeklärt worden seien. Schliesslich habe anfangs Februar 2012 die zweite Hälfte der Prostata-Operation - die Aufteilung sei wegen der Herzproblematik erforderlich gewesen - stattgefunden.

D.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. April 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Im MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2007 sei eine objektivierbare Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Vergleich zum Zustand gemäss dem Gutachten vom 14. März 2000 verneint worden. Aus den gutachterlichen Feststellungen vom 15. Januar 2010 werde deutlich, dass beim Beschwerdeführer keine mit den somatischen Beschwerden korrelierenden organisch nachweisbaren Befunde vorlägen. Es würden vorwiegend ätiologisch-pathogenetisch unerklärliche syndromale Leidenszustände beschrieben, denen infolge der fehlenden Objektivierbarkeit keine invalidisierende Wirkung zukomme. Der kardiologischen Problematik sei einzig eine qualitative Einschränkung zugemessen worden. Aufgrund der plausiblen Feststellungen lasse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schliessen, dass sich das somatische Zustandsbild des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung vom 17. Oktober 2000 nicht anspruchserheblich verändert habe. Was das psychische Leiden betreffe, habe der erstbegutachtende Psychiater im Februar 2000 eine psychische Überlagerung von körperlichen Beschwerden bei Störung der Persönlichkeitsentwicklung mit zyklischen Zügen diagnostiziert und erklärt, in erster Linie lägen IV-rechtlich nicht



relevante soziale Faktoren vor. Die psychische Störung trete in den Hintergrund. Bei der Begutachtung im Oktober 2010 (wohl: 2009) seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Persönlichkeits-Akzentuierung mit passiv-aggressiven und paranoiden Zügen und eine demenzielle Entwicklung bei atypischer Depression diagnostiziert worden. Schon allein aufgrund der geänderten Diagnosen erscheine überwiegend wahrscheinlich, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit der ersten Begutachtung massgeblich verändert habe. Unbestrittenermassen sei die Frage der invalidisierenden Wirkung der genannten Diagnosen anhand der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung zu prüfen. Es sei zu entscheiden, ob die aus psychiatrischer Sicht anerkannte volle Arbeitsunfähigkeit den rechtlichen Kriterien standhalte. Die zumutbare Willensanstrengung sei eine ausserhalb des Kompetenzbereichs des Arztes liegende Rechtsfrage. Es könnten sich daher Konstellationen ergeben, bei denen von einer anderen als der im Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, ohne dass am Beweiswert des Gutachtens Einschränkungen zu machen wären. Der im Jahr 2009 begutachtende Psychiater habe die Voraussetzungen einer Zumutbarkeit der Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung verneint. Der verwendete Diagnose-Code bezeichne aber nicht eine Persönlichkeits-Akzentuierung, sondern eine Persönlichkeitsänderung. Hierfür sei erforderlich, dass diese Änderung anhaltend und lebensverändernd sei und auf eine tiefgreifende, existenziell extreme Erfahrung zurückgeführt werden könne. Eine solche Erfahrung habe der Psychiater aber nicht erwähnt. In der Rentenablehnung könne sie nicht liegen. Die diagnostischen Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer habe bei den letzten beiden Begutachtungen ein ausgeprägtes aggraviorisches Schmerzverhalten gezeigt. Das verdeutliche seine anhaltende Rentenbegehrlichkeit. Dass dieses Verhalten infolge der Persönlichkeitsänderung nicht bewusst steuerbar sei, sei nicht nachvollziehbar. Mit der Persönlichkeits-Akzentuierung liege keine erhebliche psychische Komorbidität vor. Der Psychiater habe des Weiteren eine atypische Depression diagnostiziert. Er habe in einem 80 Minuten dauernden Explorationsgespräch mit Hilfe eines Übersetzers trotz schlechter Kollaboration des Beschwerdeführers einen psychiatrischen Befund erheben können, habe aber keine gemäss ICD-Klassifikation typischen depressiven Symptome aufgeführt. Dass neu Gesundheitsschäden im Sinn einer atypischen, aber schweren und chronifizierten depressiven Störung objektiver geworden seien sollten, erstaune daher. Ausserdem



habe auch Dr. F.____ kein schweres depressives Zustandsbild erwähnt. Die von diesem Arzt genannte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne rechtsprechungsgemäss regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinn eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet werden, die es verunmögliche, die Folgen der Schmerzproblematik zu überwinden. Der Beschwerdeführer habe zudem nicht in regelmässiger Therapie gestanden, was gegen einen erheblichen psychischen Leidensdruck spreche. Dazu komme, dass die Atrophie der Hippocampus-Region nicht als deutlicher Hinweis für eine depressive Störung betrachtet werden könne, da sie gemäss gutachterlicher Beurteilung degenerativ sei und sich ein Zusammenhang nicht herleiten lasse. Auch aus den Selbstangaben im Patienten-Gesundheits-Fragebogen lasse sich nicht auf eine ausgeprägte depressive Störung schliessen, da der Beschwerdeführer stark übertriebene Angaben gemacht habe. Dem schematischen, testmässigen Erfassen der Psychopathologie nach bestimmten Skalen, die auf Angaben der versicherten Person selbst beruhen, komme ohnehin höchstens ergänzende Funktion zu. Entscheidend sei die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Der vom begutachtenden Psychiater erfasste Befund schliesse das Vorliegen einer ausgeprägten depressiven Störung aus. Da eine psychische Komorbidität nicht vorliege, müsste sich eine invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung aus den weiteren relevanten Kriterien ergeben. Der Gutachter erwähne einen sozialen Rückzug des Beschwerdeführers, allerdings ohne nähere Begründung und bei Fehlen von Angaben zu dessen Tagesablauf und allfälligen ausserhäuslichen Aktivitäten. Dass der Beschwerdeführer mit der Ehefrau im selben Haus lebe wie die Familie seines Sohnes spreche klar gegen einen sozialen Rückzug. Das generalisierte chronische Schmerzsyndrom könne nicht als chronische körperliche Begleiterkrankung gelten, weil es das Leiden sei, das die anhaltende Schmerzstörung aufrechterhalte. Der beschriebene primäre Krankheitsgewinn genüge allein nicht, um eine invalidisierende Wirkung zu bejahen, denn eine Konfliktsituation werde nicht beschrieben. Ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf sei bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diagnosespezifisch und daher nicht ausschlaggebend. Ein Scheitern einer konsequent durchgeführten Behandlung sei ebenfalls nicht zu verzeichnen, da der Beschwerdeführer bisher keine psychiatrisch-psychosomatische Therapie in



Anspruch genommen habe, während solche Störungen aber grundsätzlich therapeutisch angebar seien. Entgegen der gutachterlichen Auffassung bestehe somit kein Raum für die Annahme einer durch psychische Leiden bedingten Arbeitsunfähigkeit. Die Veränderung seit Oktober 2000 habe sich mangels invalidisierender Wirkung nicht anspruchserheblich ausgewirkt. Ein neuer Einkommensvergleich brauche nicht durchgeführt zu werden.

E.

Am 30. April 2012 hat die Verfahrensleitung dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) entsprochen.

F.

Mit Replik vom 20. Juni 2012 legt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dar, Gegenstand des Verfahrens bilde eine medizinische Frage, wie sich aus dem Entscheid vom 14. Oktober 2008 ergebe. Diese sei vom dritten Gutachten in aller Klarheit beantwortet worden. Dass eine angesehene Institution wie die MEDAS Ostschweiz mit ihrer Beurteilung völlig daneben liegen sollte, sei unverständlich. Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der Erstbegutachtung massgeblich verschlechtert. Es liege eine eigenständige psychiatrische Erkrankung vor, die nicht als somatoforme Schmerzstörung einzustufen sei und auch nicht eine leichte Störung sei, die nur im Zusammenhang mit einer solchen stehe. Das Gutachten habe die Atrophie im Gehirn als einen der objektivierbaren Befunde und somatische Ursache der Störungen definiert. Die Persönlichkeitsänderung sei demnach eine Folge einer Schädigung oder Krankheit. Sollte die Frage nach dem Vorliegen der typischen depressiven Symptome von Bedeutung sein, müsste eine Rückweisung erfolgen. Der Experte der Psychiatrie habe sich im Gutachten von 2010 mit den Vorberichten von Dr. F.____ befasst, der schon 2007 und 2009 eine mittelschwere depressive Störung diagnostiziert habe, und habe dann nach einer weiteren Entwicklung eine schwere depressive Störung vorgefunden. Die Beschwerdegegnerin wolle nicht wahrhaben, dass der Zustand des Beschwerdeführers schon längere Zeit so schlecht sei, dass die psychische Störung auch durch eine regelmässige Therapie nicht zielführend



angegangen werden könnte. Es spielten ja auch eine organische Ursache und die chronischen Schmerzen eine Rolle. Die MEDAS habe festgehalten, dass eine erfolgsversprechende Therapie nicht mehr denkbar wäre. Mit dem Leidensdruck habe das nichts zu tun. Die MEDAS habe schliesslich auch nochmals wiederholt, dass der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber nicht mehr zumutbar wäre.

Die Beschwerdegegnerin hat am 28. Juni 2012 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

Erwägungen:

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 17. Februar 2012 hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom Februar 2005 (Neuanmeldung) abgewiesen. Zu beurteilen ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung entwickelt hat. Dieser Sachverhalt reicht in eine Zeit vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 zurück. Der Rentenbeginn richtet sich allenfalls (bei der Anmeldung vom Februar 2005 und einem Beginn der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit vor 2008) nach altem Recht (aArt. 29 Abs. 1 IVG; aArt. 48 Abs. 2 IVG: Leistungen können für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet werden).

1.2 Der Beschwerdeführer beantragt wie schon im Verwaltungsverfahren einzig Rentenleistungen. Streitgegenstand bildet daher der allfällige Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 IVG (in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen wie der auf den 1. Januar 2008 hin geänderten Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu



70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), nach Art. 16 ATSG in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.

3.1 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist, wobei er sich vor allem zu jenen Funktionen äussert, welche für die nach seiner Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten wesentlich sind (BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es also, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4). Die (ärztlichen) Abklärungen haben den IV-Organen die für die Beurteilung des Anspruches auf Leistungen erforderlichen medizinischen Angaben zu beschaffen (BGE 123 V 175). - Unter dem Blickwinkel der Unterscheidung zwischen Tat- und Rechtsfrage hat das Bundesgericht festgehalten, die Feststellung des Gesundheitsschadens (d.h. die Befunderhebung und die gestützt darauf gestellte Diagnose) betreffe eine Tatfrage. Zu der - durch die festgestellten Gesundheitsschädigungen kausal verursachten - Arbeitsunfähigkeit nehme die Arztperson Stellung. Soweit die ärztliche Stellungnahme sich zu dem in Anbetracht der festgestellten (diagnostizierten) gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch vorhandenen funktionellen Leistungsvermögen oder (wichtig vor allem bei psychischen Gesundheitsschäden) zum Vorhandensein und zur Verfügbarkeit von Ressourcen ausspreche, welche eine versicherte Person im Einzelfall noch habe, handle es sich



ebenfalls um eine Tatfrage. In diesem Sinn sei die aufgrund von (medizinischen) Untersuchungen festgestellte Arbeits(un)fähigkeit Entscheidung über eine Tatfrage. Als solche erfasse sie auch den in die gesetzliche Begriffsumschreibung der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 16 ATSG integrierten Aspekt der zumutbaren Arbeit; denn in dem Umfang, wie eine versicherte Person von funktionellem Leistungsvermögen und Vorhandensein/Verfügbarkeit psychischer Ressourcen her eine (Rest-)Arbeitsfähigkeit aufweise, sei ihr die Ausübung entsprechend profilierter Tätigkeiten zumutbar, es sei denn, andere als medizinische Gründe stünden der Bejahung der Zumutbarkeit im Einzelfall in invalidenversicherungsrechtlich erheblicher Weise entgegen, was jedoch nur in sehr engem Rahmen der Fall sein könne (vgl. BGE 132 V 393).

3.2 Art. 4 Abs. 1 IVG versichert zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden. Eine (durch eine Gesundheitsschädigung bedingte) Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss in jedem Einzelfall unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vgl. BGE 127 V 294, BGE 99 V 28). Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden in der Lage wäre, sind nicht als Auswirkungen einer krankhaften (dort: seelischen) Verfassung zu betrachten (BGE 102 V 165).

3.3 Entscheidend ist im Ergebnis die nach einem weitgehend objektivierten Massstab vorzunehmende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (vgl. BGE 127 V 294; vgl. zum Ganzen auch BGE 139 V 547).

3.4 Steht fest, dass ein solcher Krankheitszustand mit (unüberwindlichem, d.h. ganze oder teilweise Unzumutbarkeit einer Tätigkeit bewirkendem) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist unerheblich, ob auch soziale, invalidenversicherungsfremde Faktoren als (Teil-) Ursache bei dessen Entstehung eine wesentliche Rolle gespielt haben (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.2).

4.



4.1 Zu beurteilen ist wie erwähnt eine Neuanmeldung vom Februar 2005, welche wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands erfolgt ist, nachdem vorher rechtskräftig festgestellt worden war, dass bis zum 17. Oktober 2000 kein rentenbegründender Invaliditätsgrad aufgetreten ist. Der Beschwerdeführer war ab 9. Dezember 2004 während etwa eines Monats psychiatrisch hospitalisiert gewesen.

4.2 Zum relevanten medizinischen Sachverhalt ab 2004 liegen zwei polydisziplinäre Gutachten vor. Das Verlaufsgutachten vom 4. Januar 2007 ist, wie bereits im Entscheid vom 14. Oktober 2008 dargelegt, nicht ausreichend klar und eindeutig. Denn einerseits wurde festgestellt, dass der die Arbeitsfähigkeit einschränkende Einfluss der psychischen Faktoren sei wie bereits im Gutachten von 2000 auf 20 % zu schätzen (act. 137-10) und neue Funktionsausfälle seien im Vergleich aus psychiatrischer Sicht nicht objektivierbar (act. 137-11). Andererseits wurden dennoch Veränderungen beschrieben, indem darauf hingewiesen wurde, dass das Bild nun einer zunehmenden Resignation, Fixierung und Chronifizierung des subjektiven Krankheitsverständnisses entspreche und eine Verstärkung des passiv-aggressiven Fehlverhaltens eingetreten sei (act. 137-11). Es übersteige die geistigen Fähigkeiten und emotionalen Kräfte des Beschwerdeführers, das als neurotisch anzusehende Verhaltensmuster aufzugeben (act. 137-11). Zudem wurde - was bei entsprechender medizinischer Grundlage auf eine volle Arbeitsunfähigkeit schliessen liesse - festgehalten, mit dem Krankheitsgeschehen und der emotionalen Instabilität sei der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber nicht mehr zumutbar, und zwar seit Dezember 2004 (act. 137-10). Im psychiatrischen Teilgutachten war ausserdem dargelegt worden, die Persönlichkeitsstörung habe keinen Krankheitswert, aber auch, der Beschwerdeführer dürfte anfänglich noch etwas bewusster aggraviert und verdeutlicht haben, doch im Lauf der Jahre habe er sich zunehmend mit der Invalidenrolle identifiziert und das subjektive Krankheitsverständnis fixiert. Die im Vorgutachten bezeichnete Pathologie dürfte sich gewandelt und festgefahren haben, so dass bis anhin das Bild einer paranoiden Persönlichkeitsstörung entstanden sei (act. 137-21).

5.

5.1 Das Gutachten vom 15. Januar 2010 nun gelangt zum Ergebnis, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (auch) für eher leichtere Tätigkeiten



weitgehend eingeschränkt sei, und zwar vorwiegend aufgrund von psychischen Faktoren. Der Beschwerdeführer hat gemäss dem Gutachten die Fähigkeit, Arbeit zu leisten, krankheitsbedingt weitgehend eingebüsst, und zwar bereits ab Dezember 2004.

5.2 Auf diese gutachterliche, namentlich fachärztlich-psychiatrisch begründete Beurteilung kann abgestellt werden: Der Gutachter der Psychiatrie hat nämlich aufgezeigt, dass die Untersuchungen samt ausführlichen und gut nachvollziehbaren Berichten von Dr. F.____ die Möglichkeit des Beschwerdeführers, sein Krankheitsgebaren je nach Kontext zu steuern, stark relativiert hätten. Er hat sich auch der Befundbeschreibung jenes Facharztes angeschlossen, indem er schreibt, dieser habe gut nachvollziehbar diverse Einschränkungen feststellen können (eigener Befund vgl. act. 200-20). Es bestünden danach eine Einschränkung der Orientierung, eine Störung des formalen Denkens, eine psychische und motorische Verlangsamung, eine deutlich gesteigerte Erregbarkeit und eine Freud- und Ziellosigkeit. Ferner hat der Gutachter die Richtigkeit der gestellten Differentialdiagnose einer organischen Demenz oder einer depressiven Pseudo-Demenz bestätigt und auch die Feststellung übernommen, dass die MRI-Untersuchung des Gehirns keinen Anhaltspunkt für eine der häufigeren progredienten Demenzerkrankungen ergeben habe, die Hypotrophie im Bereich der Pedes hippocamporum aber ein deutlicher Hinweis auf eine chronifizierte depressive Störung sei, die so fixiert sei, dass sich das bereits in den Hirnstrukturen niedergeschlagen habe (act. 200-7 bzw. act. 200-21 f.). Der MRI-Befund vom 16. Oktober 2007 wird vom Gutachter der Psychiatrie demnach ebenfalls als Hinweis auf ein organisches Substrat (als Folge) des beim Beschwerdeführer vorgefundenen, psychiatrischen Leidens betrachtet. Im Gutachten wird dazu festgehalten, die Atrophie sei wohl degenerativ (act. 200-10). Weshalb diese Qualifikation als "degenerativ" die vorhergehende - immerhin fachmedizinische - Aussage entwerthen sollte, ist nicht ersichtlich. Auch wenn es sich nach ärztlicher Beurteilung lediglich um einen deutlichen Hinweis auf eine chronifizierte depressive Störung handelt und ein Zusammenhang damit nicht strikt ausgewiesen ist, so ist doch jedenfalls der Befund als solcher ausgewiesen und liegt nach medizinisch-gutachterlich festgestellter Diagnose wie erwähnt (unter anderem) eine demenzielle Entwicklung bei atypischer Depression vor.



5.3 Mit der übereinstimmenden Beurteilung von Gutachter und behandelndem Spezialarzt und dem bildgebend erstellten Befund liegt eine gewichtige Begründung der attestierten Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vor.

5.4 Dazu kommt, dass Dr. F.____ aufgrund des vorgefundenen psychopathologischen Bildes zunächst auch ein insultbedingtes Geschehen in Erwägung gezogen hat. Der Gutachter der Psychiatrie seinerseits nennt als Differenzialdiagnose ein Ganser-Syndrom. Das deutet darauf hin, dass die vorgefundenen Störungen beträchtlich sind. Im Spital G.____ wurde gemäss dessen Bericht vom 9. Oktober 2008 im Übrigen ein unklares Hemisyndrom rechts diagnostiziert, das sich allerdings im Verlauf der Hospitalisation wieder verlor. Ein MRI Neurocranium und eine MR-Arteriographie intracraniell nativ vom 2. Oktober 2008 hatten keinen Anhaltspunkt für eine frische Ischämie geliefert, hingegen mehrere supratentorielle Glioseherde bei V.a. chronische Marklagerischämien aufgezeigt (act. 170).

5.5 Der Gutachter der Psychiatrie erklärte ferner, schon bei der Begutachtung vom Oktober 2006 habe sich der Beschwerdeführer bei unkollaborativem Verhalten in einem Ausmass aggravierend und übertreibend dargestellt, dass davon auszugehen gewesen sei, dass er nicht mehr in der Lage sei, mit seiner chronifizierten Krankheitsrolle umzugehen, sondern dass er Opfer einer langjährigen psychosomatischen Fehlentwicklung mit eingeschliffenen paranoiden Denkmustern und somatischer Dekonditionierung mit Krankheitswert geworden sei. Schon damals sei dargelegt worden, dass diese Persönlichkeitsänderung von Krankheitswert ihn für Dritte auf dem Arbeitsmarkt als nicht mehr zumutbar habe erscheinen lassen. Es sei auch damals bereits darauf hingewiesen worden, dass eine schwere depressive Störung nicht ausgeschlossen sei (act. 200-6 f., act. 200-21). Wie oben dargelegt, war schon im Gutachten von 2007 festgehalten worden, das subjektive Krankheitsverständnis sei fixiert. Diese Beurteilung erscheint nachvollziehbar, war doch bereits im Gutachten von 2000 eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung festgestellt worden. Gemäss dem Gutachten von 2010 sind neu nun Gesundheitsschäden im Sinn einer atypischen, aber schweren und chronifizierten depressiven Störung objektivierbarer geworden (act. 200-12). - Die Gutachter waren sich, wie sich aus verschiedenen Formulierungen ergibt, der Erforderlichkeit einer Unterscheidung zwischen subjektivem Arbeitsunfähigkeitsempfinden des Betroffenen und dem Umfang medizinisch objektiv



zumutbarer Arbeitsleistung bewusst. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sie beim Ergebnis ihrer Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit ausschliesslich die krankheitsbedingten, unbeeinflussbaren Faktoren berücksichtigt haben. Wie sie darlegen, haben die Gesundheitsschäden des Beschwerdeführers die Konsequenz einer weitgehenden Arbeitsunfähigkeit.

5.6 Betreffend die Frage nach Demenz oder Pseudodemenz hat der Gutachter der Psychiatrie im Übrigen dafürgehalten, diese sei nur mittels neuropsychologischer Testung, beinhaltend auch Verfahren zur Beurteilung der Authentizität (in der Muttersprache oder durch Angaben von neutralen Beobachtern über einen längeren Zeitraum), zu beantworten. Im Gutachten wird aber dargelegt, von einer solchen Untersuchung sei kaum ein relevantes Resultat zu erwarten, und zwar nicht nur wegen sprachlicher Barrieren, sondern auch weil die extrem tiefe Selbsteinschätzung auf eine so starke Selbstlimitierung schliessen lasse. Der Entscheid der Gutachter, von weiteren (neuropsychologischen) Abklärungen abzusehen, ist als gerechtfertigt zu betrachten. Denn es ist beim Beschwerdeführer zwar bereits 1998 fehlende Motivation festgestellt worden, doch ist nach dem oben Dargelegten davon auszugehen, dass (nach Ablauf der langen Zeit) eine Chronifizierung des Verhaltens vorliegt, die so stark ist, dass dieses nicht mehr gesteuert werden kann und Krankheitswert und Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat.

5.7 Der Gutachter der Psychiatrie hält des Weiteren fest, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit sei von einer Mischform bzw. einer Interdependenz zwischen den Störungen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Persönlichkeits-Akzentuierung und demenzielle Entwicklung bei atypischer Depression) auszugehen (act. 200-7 bzw. act. 200-21 f.). Die Differenz zwischen Diagnosebezeichnung und Code und der Umstand, dass das psychiatrische Leiden mit unterschiedlichen Diagnosen bezeichnet worden ist, vermögen keinen relevanten Zweifel an der Stichhaltigkeit der fachärztlichen Beurteilung zu begründen. Vorliegend ist also davon auszugehen, dass nicht nur ein chronisches Schmerzsyndrom und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sondern auch eine Persönlichkeits-Akzentuierung bzw. -störung und eine demenzielle Entwicklung bei atypischer Depression vorliegen, womit bei Anwendbarkeit der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung von einer erheblichen, langdauernden Komorbidität auszugehen ist. Diesbezüglich wurde im



Gutachten im Übrigen ausdrücklich festgehalten, dass die Voraussetzungen für eine Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung angesichts der beschriebenen Persönlichkeitsänderung nicht gegeben seien (act. 200-11; erwähnt werden ebenfalls kognitive Ausfälle und psychomotorische Hemmung, act. 200-12, wohl als Ausdruck der vierten Hauptdiagnose). Es werden ferner die Kriterien des sozialen Rückzugs und der Flucht in die Krankheit bejaht.

5.8 Dem Gutachten kommt, wie auch die Beschwerdegegnerin annimmt, der erforderliche Beweiswert zu. Das hat ebenso für das konkret (im Einzelfall) bekanntgegebene medizinische Ergebnis zu gelten. Unter rechtlichem Aspekt kann keine Leistung als zumutbar bezeichnet werden, welche über das aus fachärztlich-medizinischer Sicht das Höchstmass Bildende hinausgeht.

5.9 Anzumerken ist, dass die Abklärung, was den somatischen Gesundheitsschaden betrifft, welcher dem Schmerzsyndrom zugrunde liegt, dürftig erscheint. Die Rückenbeschwerden wurden gemäss dem Gutachten vom 15. Januar 2010 als weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom ohne erkennbare organische Ursache betrachtet (act. 200-10). Weder bei der Begutachtung vom Oktober 2006 noch bei jener vom Oktober 2009 wurden aber - trotz namentlich des MRI-Befundes vom 1. Dezember 1997 (act. 12-2 f.) - Bilder von LWS oder HWS angefertigt (act. 137-6, act. 200-6). Angesichts der (hauptsächlich zufolge der psychiatrischen Leiden) gutachterlich attestierten weitreichenden Arbeitsunfähigkeit, von welcher es sich rechtfertigt, sie als eine jedenfalls 70 % übersteigende, wohl volle Arbeitsunfähigkeit zu verstehen, ist auf eine diesbezügliche Ergänzung zu verzichten.

6.

6.1 Der Eintritt des Rentenfalls wird durch Art. 29 Abs. 1 IVG (wie oben erwähnt in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) geregelt. Der Rentenanspruch entsteht (abgesehen von der hier nicht anwendbaren lit. a) frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (lit. b). Die einjährige Wartezeit gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % vorliegt (AHI 1998 S. 124 E. 3c). 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). Auch vor der Anmeldung liegende Zeiten von Arbeitsunfähigkeit sind zu berücksichtigen (ZAK 1966 S. 58; Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1. A., Zürich 1997, S. 238; BGE 117 V 26 E. 3b; BGE 121 V 264; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S C. vom 2. März 2000, I 307/99).

6.2 Nach der Aktenlage ist anzunehmen, dass die weitgehende Arbeitsunfähigkeit bereits ab dem Klinikeintritt gutachterlich als medizinisch ausgewiesen betrachtet wird. In Bezug auf die erforderliche Wartezeit rechtfertigt es sich, von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 9. Dezember 2004 auszugehen. Zuvor hatte eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bestanden. Ein Durchschnitt an Arbeitsunfähigkeit von 40 % wird daher nach neun Monaten mit 20 % und drei Monaten mit 100 % Arbeitsunfähigkeit erreicht, das heisst im März 2005. Zu jenem Zeitpunkt war die Erwerbsunfähigkeit grösser als 70 % (und berufliche Massnahmen kamen nicht in Frage). Trotz der Invalidität von mehr als 70 % konnte zunächst noch kein Anspruch auf eine ganze Rente entstehen, weil für die massgebliche Rentenstufe beide Elemente in der jeweiligen Höhe vorhanden sein müssen (vgl. AHI 1996 S. 187; vgl. Rz 4001 f. des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH, in der Fassung 2004). Vielmehr entstand zunächst ab 1. März 2005 ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Nach Ablauf von drei Monaten, somit ab 1. Juni 2005, hat der Beschwerdeführer dann Anspruch auf die ganze Rente. Denn bei der rückwirkenden stufenweisen Rentenzusprechung richtet sich der Zeitpunkt einer Rentenerhöhung nach Art. 88a Abs. 2 IVV (Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV findet keine Anwendung; vgl. BGE 109 V 125). Nach Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine anspruchsbeeinflussende Änderung bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Art. 29^{bis} IVV ist sinngemäss anwendbar.

7.



St.Galler Gerichte

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2012 gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ist ab 1. März 2005 eine Viertelsrente und ab 1. Juni 2005 eine ganze Rente zuzusprechen.

7.2 Angesichts des vollen Unterliegens der Beschwerdegegnerin (die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung an den Beschwerdeführer vom 30. April 2012 ist damit obsolet geworden) rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen.

7.3 Der Beschwerdeführer hat bei vollem Obsiegen auch 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/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 17. Januar 2012 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen ab 1. März 2005 eine Viertelsrente und ab 1. Juni 2005 eine ganze Rente zugesprochen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.