

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/176 vom 7. Dezember 2007

Sg Versicherungsgericht, 2007-12-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2006_176

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/176 du 7 décembre 2007

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/176 del 7 dicembre 2007

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) Gemäss Art. 16 ATSG kann der Einkommensvergleich zur Ermittlung des Invaliditätsgrades erst erfolgen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden sind bzw. wenn aufgrund der Sachverhaltsabklärungen feststeht, dass keine Eingliederung möglich ist ("Eingliederung vor Rente", vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, N 15 zu Art. 16 und N 11 zu Art. 7). Mögliche Eingliederungsmassnahmen sind nach Art. 8 Abs. 3 IVG medizinische Massnahmen oder Massnahmen beruflicher Art wie Berufsberatung, Umschulung und Arbeitsvermittlung. b) Grundsätzlich besteht nur dann eine Eingliederungspflicht, wenn die behinderungsbedingte Einschränkung eine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S T. vom 13. März 2006 [I 405/05]). Im vorliegenden Fall hätte eine eingliederungswirksame Massnahme nur darin bestehen können, dem Beschwerdeführer eine berufliche Qualifikation zu vermitteln. Der Beschwerdeführer hat in der Türkei die Primar- und Mittelschule sowie das Gymnasium bis zur zweiten Klasse besucht, jedoch keinen Beruf erlernt (IV-act. 1 und 27). In der Schweiz hat er, soweit er überhaupt erwerbstätig war, immer als Hilfskraft gearbeitet (IV-act. 8 und 27). Die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers sind sehr gering (IV-act. 45). Eine qualifizierte Berufsausbildung wäre somit schon an den fehlenden Deutschkenntnissen des Beschwerdeführers gescheitert. Die Durchführung solcher beruflicher Eingliederungsmassnahmen wäre daher unverhältnismässig gewesen. c) Die Arbeitsvermittlung bezweckt, die Verwertung einer bestehenden (Rest-) Erwerbsfähigkeit

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

E. 3

a) Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, und derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). b) Die Invaliditätsbemessung soll das Mass der Zurücksetzung der erwerblichen Leistungsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung ergeben. Um den Invaliditätsgrad festlegen zu können, sind daher medizinische Grundlagen wesentlich. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34; Rz 3047 f des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH). Die IV-Stelle hat zu prüfen, wie sich die invaliditätsbedingten Faktoren auf die Vermittlungsfähigkeit und die Erwerbsmöglichkeiten auswirken (Rz 3049 KSIH). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 KSIH).

E. 4

a) Im Gutachten vom 10. Oktober 2005 (IV-act. 41) attestiert Dipl. Psych. N.____ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40%, wovon ein Anteil von mindestens 10% auf IV-fremde Faktoren zurückgeführt wird. Gestützt auf dieses Gutachten geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine adaptierte Tätigkeit zu 75% zumutbar sei, da der Anteil IV-fremder Faktoren von der attestierten Arbeitsunfähigkeit abzuziehen und von der resultierenden Bandbreite der Mittelwert zu nehmen sei. b) Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vertritt hingegen die Auffassung, dieser sei praktisch zu 100% arbeitsunfähig. Dabei stützt er sich auf den Arztbericht vom 15. März 2005 (IV-act. 35) von Dr. med. L.____ und dessen Stellungnahme vom 3. Mai 2006 (IV-act. 62) zum Gutachten vom 10. Oktober 2005. Gemäss diesen beiden Berichten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 30-40%, wobei die Leistungsfähigkeit zu 50% eingeschränkt sei. Dr. med. P.____ bestätige diese Einschätzung in ihrem Bericht vom 13. September 2006 (act. G 1.3.2) und auch Dr. med. Q.____ attestiere dem Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2007 (act. G 12.1) eine

Arbeitsfähigkeit von lediglich 30%. c) Massgebend ist die Situation zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids, mithin August 2006. Bezüglich der Stellungnahme von Dr. med. Q.____ ist festzuhalten, dass diese erst vom 28. Juni 2007 datiert, also beinahe ein Jahr nach dem Einspracheentscheid. Es ist daher fraglich, ob dieser Bericht den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids erfasst. Dr. med. Q.____ diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine depressive Fixierung, Dysthymie (ICD-10: F34.1) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.8). Die ersten beiden Diagnosen stimmen im Wesentlichen mit denjenigen im Gutachten vom 10. Oktober 2005 überein, auf welches Dr. med. Q.____ im Übrigen gar nicht eingeht. Die andauernde Persönlichkeitsänderung stellt ein neues Element dar. Der Beschwerdeführer ist seit dem 20. März 2007, mithin mehr als ein halbes Jahr nach dem Einspracheentscheid, bei Dr. med. Q.____ in Behandlung. Aus den Akten sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die neue Diagnose "Persönlichkeitsänderung" im Zeitpunkt des Einspracheentscheids bereits aktuell war. Weder der Gutachter noch Dr. med. L.____, der nach eigenen Angaben (act. G 1.3.1) grosse psychiatrische Erfahrung hat, erwähnten auch nur die Möglichkeit einer solchen Diagnose. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung, die nicht Folge einer Schädigung oder Erkrankung des Gehirns ist (F62) sollte nach den Richtlinien der ICD-10 nur diagnostiziert werden, wenn sie als anhaltend und lebensverändernd anzusehen ist und ätiologisch auf eine tiefgreifende, existentiell extreme Erfahrung zurückgeführt werden kann (WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl. 2005, S. 234). Dem Bericht von Dr. med. Q.____ ist nicht zu entnehmen, dass nähere Umstände für diese diagnostischen Voraussetzungen im vorliegenden Fall erfüllt gewesen wären. Es ist somit davon auszugehen, dass zumindest im Zeitpunkt des Einspracheentscheids noch keine Persönlichkeitsänderung bestand. Der Bericht von Dr. med. P.____ datiert vom 13. September 2006, ebenfalls nach dem Einspracheentscheid, und hält fest, die Befunde von Dr. med. L.____ könnten nur bestätigt werden, der Beschwerdeführer befinde sich aktuell in einem psychisch desolaten Zustand. Da zwischen dem Einspracheentscheid und dem Bericht von Dr. med. P.____ nur kurze Zeit liegt, ist davon auszugehen, dass der Bericht auch den Zustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Einspracheentscheids beschreibt. Dr. med. P.____ bestätigt in ihrem Bericht allerdings nur die Befunde von Dr. med. L.____, weshalb für die Würdigung ihres Berichts auf die Ausführungen zu den Berichten von Dr. med. L.____ verwiesen wird. Dr. med. L.____ kritisiert in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2006, das Gutachten beruhe nur auf den subjektiven Eindrücken des Gutachters und die kognitiven Funktionen des Beschwerdeführers seien nicht durch Tests objektiviert worden. Zudem habe die Untersuchung nur eineinhalb Stunden gedauert, was für eine fundierte Begutachtung nicht ausreichen könne. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es nach der Rechtsprechung für den Aussagegehalt eines Arztberichts nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern vielmehr massgeblich ist, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S R. vom 24. Mai 2006 [I 954/05]). Es wird auch nicht gefordert, dass Tests durchgeführt werden müssen. Der Gutachter stellt bei der Beurteilung vielmehr auf die Anamnese und seine Beobachtungen während der Exploration ab. Auch die Beurteilung von Dr. med. L.____ beruht auf seinen Beobachtungen und somit auf seinen subjektiven Eindrücken. Dazu ist festzuhalten, dass er Facharzt für Neurologie, nicht Psychiatrie, ist. Nach ständiger Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen

des Bundesgerichts) ist zudem stets der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S S. vom 17. August 2005 [I 212/05]). Sofern Dr. med. L.____ in seinem Bericht kritisiert, der Gutachter habe im Gegensatz zu ihm keine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen festgestellt, ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer bei der Exploration erwähnt hat, er sei mit dem Auto gekommen, habe sich gut zurechtgefunden und es habe keine Probleme mit der Fahrt gegeben. Nach allgemeiner Erfahrung erfordert eine Fahrt mit dem Auto eine beträchtliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung. Würden die von Dr. med. L.____ erwähnten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen tatsächlich vorliegen, hätten sie Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit des Beschwerdeführers gehabt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder der Bericht von Dr. med. Q.____ noch derjenige von Dr. med. L.____ geeignet sind, das Gutachten vom 10. Oktober 2005 ernsthaft in Zweifel zu ziehen. Dieses stützt sich auf die Gespräche von Dr. med. M.____ und Dipl. Psych. N.____ mit dem Beschwerdeführer und die Akten der IV-Stelle. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben worden, ist in Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet (vgl. BGE 122 V 160 E. 1c; BGE 125 V 352 E. 3a). Dem Gutachten vom 10. Oktober 2005 kommt daher voller Beweiswert zu.

E. 5

a) Dipl. Psych. N.____ diagnostiziert beim Beschwerdeführer eine anhaltende leichte bis mittlere Depression, differenzialdiagnostisch eine Dysthymie, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Diese Diagnosen bewirken gemäss Gutachten vom 10. Oktober 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40%, wobei ein Anteil von mindestens 10% auf invaliditätsfremde Faktoren zurückzuführen sei. b) Das Gutachten vom 10. Oktober 2005 enthält eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem, wie sie gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens vorausgesetzt wird. Die Diagnose eines psychischen Leidens begründet für sich allein aber noch keine Invalidität (BGE 131 V 49 E. 1.2). Entscheidend ist, ob, allenfalls bei geeigneter Behandlung, die diagnostizierte Störung mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wäre (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S Z. vom 27. August 2007 [I 424/06] E. 3.3; Bundesgerichtsentscheid i/S A. vom 23. Mai 2006 [I 152/05] E. 4; BGE 127 V 294 E. 5a). Nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung wird bei der somatoformen Schmerzstörung vermutet, dass sie bzw. ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess ist nur in Ausnahmefällen anzunehmen und setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. Solche Faktoren können chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit") oder das

Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person sein (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3; BGE 131 V 49 E. 1.2). c) Im vorliegenden Fall berichtete Dr. med. E.____ im November 2001 (IV-act. 4), seines Erachtens liege eine sekundäre Depression vor. Gemäss dem Gutachten von Dr. med. H.____ vom 1. Oktober 2002 (IV-act. 17) war die vom Beschwerdeführer angegebene schmerzbedingte körperliche Beeinträchtigung aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar, weshalb er auf eine Schmerzverarbeitungsstörung schloss, die durch eine Depression verstärkt werde. Dipl. Psych. N.____ diagnostiziert im Gutachten vom 10. Oktober 2005 (IV-act. 41) eine anhaltende Depression leichten bis mittleren Grades und führt aus, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne ohne Weiteres mit einbezogen werden. Es ist somit davon auszugehen, dass zwischen der Depression und der somatoformen Schmerzstörung ein enger Zusammenhang besteht. Soweit aber eine Depression mit einer somatoformen Schmerzstörung zusammenhängt, stellt sie kein selbständiges Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität dar (Bundesgerichtsentscheid i/S Z. vom 27. August 2007 [I 424/06] E. 3.3). Dipl. Psych. N.____ führt denn auch aus, eine Komorbidität, d.h. eine zusätzlich entwickelte, eigenständige, Krankheit könne beim Beschwerdeführer kaum angenommen werden. Auch die übrigen Kriterien für die Unzumutbarkeit der Willensanstrengung sind nicht erfüllt. Eine erhebliche chronische körperliche Begleiterkrankung liegt nicht vor. Dr. med. H.____ hat in seinem Gutachten vom 1. Oktober 2002 ausgeführt, dass die vom Beschwerdeführer angegebene schmerzbedingte körperliche Beeinträchtigung aus orthopädischer Sicht nicht ganz erklärt werden könne. Auch die vom Beschwerdeführer mit Schreiben vom 29. Dezember 2006 eingereichten Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (act. G 3.1 und 3.2) halten fest, dass im rechten Unterschenkel keine Pathologie vorliege und die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nicht erklärt werden könnten. Ein sozialer Rückzug ist nicht auszumachen, vielmehr ist der Beschwerdeführer gemäss Gutachten in seinem kulturellen Kontext gut eingebunden, weshalb eine Integration und soziale Annäherung an die hiesigen gesellschaftlichen Zusammenhänge nie zustande gekommen sei. Auch das Kriterium einer trotz kooperativer Haltung des Beschwerdeführers gescheiterten Behandlung ist nicht erfüllt, da bis zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids eine psychiatrische Behandlung nicht konsequent durchgeführt wurde. Dr. med. L.____ bezweifelte in seinem Bericht vom 15. März 2005 (IV-act. 35), dass der Beschwerdeführer das ihm verordnete Medikament Eflexor konsequent einnehme. Der Beschwerdeführer selbst berichtete dem Gutachter, dass er das Medikament nur einnehme, wenn es ihm besonders schlecht gehe, die letzten drei oder vier Monate habe er es überhaupt nicht genommen. Der Gutachter empfiehlt daher als Rehabilitationsmassnahme eine konstante psychiatrische Begleitung inkl. einer klaren medikamentösen Behandlung, vorzugsweise in einem teilstationären Setting (Tagesklinik), damit sich der Beschwerdeführer eine Tagesstruktur eingewöhne. d) Der Gutachter attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40%, wovon ein Anteil von mindestens 10% auf invaliditätsfremde Faktoren, konkret das Missverhältnis des Beschwerdeführers zu seiner Ex-Frau, zurückzuführen sei. Diesbezüglich ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, gemäss welcher sich das Gericht im Rahmen der freien Beweiswürdigung weder über die medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen darf. Das Gericht

hat insbesondere sorgfältig zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.5). Dieser Rechtsprechung ist zu entnehmen, dass der Richter verpflichtet ist, den auf psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren zurückzuführenden Anteil von der gesamten ärztlich anerkannten Arbeitsunfähigkeit abzuziehen. e) Gemäss Gutachten vom 10. Oktober 2005 hat sich beim Beschwerdeführer ein depressives Bild gefunden, das neben der leisen Sprache, der inneren Unruhe bei Stimmungsminderung, der Hoffnungslosigkeit auf eine Änderung durch die Unzufriedenheit und Niedergeschlagenheit auf Grund der ständigen Auseinandersetzungen mit der geschiedenen Ehefrau bezüglich des Besuchsrechts für die Kinder, die finanzielle Situation, kurzum die gesamte psychosoziale Fragestellung, bestimmt sei. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne ohne Weiteres mit einbezogen werden, da psychosoziale Probleme vermehrt, emotionale Probleme eher weniger vorlägen. Dr. med. L.____ berichtete am 15. März 2005 (IV-act. 35), die erste Ehe des Beschwerdeführers sei sehr problematisch gewesen und die Ex-Frau verursache dem Beschwerdeführer immer noch unnötige und belastende Probleme wegen der Kinderbetreuung. Zudem habe er schwerwiegende finanzielle Probleme. Der Beschwerdeführer lebe in jeder Hinsicht (soziokulturell, familiär, finanziell) in ungünstigen Verhältnissen. Auch Dr. med. Q.____ verweist in seinem Bericht vom 28. Juni 2007 (act. G 12.1) auf andauernde psychosoziale Belastungen. In der geschätzten Arbeitsunfähigkeit von 30-40% ist also ein bedeutender Anteil invaliditätsfremder familiärer Faktoren mitberücksichtigt. Ob dieser Anteil 10%, wie vom Gutachter angenommen, oder mehr beträgt und ob dabei nicht auch an soziokulturelle Störungsursachen zu denken ist (Dr. L.____), kann vorliegend offenbleiben. Die vom Gutachter auf gesamthaft 30-40% geschätzte Arbeitsunfähigkeit ist vom Richter jedenfalls nach der Aktenlage um wenigstens 10% auf 20-30% zu reduzieren. Damit wird ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40% nicht erreicht. Das Gericht verkennt dabei nicht, dass das Eruiieren, Quantifizieren und Eliminieren von invaliditätsfremden Faktoren mit derart geringfügigen Bruchteilen im Allgemeinen eher unüblich und unzuverlässig ist. Doch kann vorliegend das Ergebnis in einer Gesamtwürdigung nicht als unplausibel erscheinen.

E. 6

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

E. 7

Mit der Beschwerde vom 14. September 2006 (act. G 1) ersucht der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Da die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers aktenkundig ist und die Vertretung geboten war, ist dieses Gesuch zu bewilligen. Die Entschädigung ist auf Fr. 3'500.-- festzulegen und um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- zu entschädigen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.--. 3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.