

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/234 vom 9. Mai 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-05-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_234

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/234 du 9 mai 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/234 del 9 maggio 2011

Regeste

Art. 28 IVG. Würdigung Gutachten. ABI-Gutachten beweiskräftig. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Mai 2011, IV 2009/234).

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung hat. 1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zug der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung ist am 3. Juni 2009 (act. G 6.1.55) ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben. 1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall

das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

E. 2

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. 2.1 In medizinischer Sicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 3. Juni 2009 (act. G 6.1.55) auf das ABI-Gutachten vom 19. August 2008 (act. G 6.1.31). Der Beschwerdeführer kritisiert vor allem den psychiatrischen Teil des ABI-Gutachtens und hält diesen für nicht beweiskräftig (act. G 1). Der Beschwerdeführer bringt vor, dass sich die von den ABI-Experten vorgenommene Beurteilung der Restleistungsfähigkeit nicht mit den von den behandelnden medizinischen Fachpersonen vorgenommenen Einschätzungen vereinbaren liessen. Insbesondere sei die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode unzutreffend (act. G 1, S. 6 ff.). 2.1.1 Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag es nicht angehen kann, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 13. März 2006, I 676/05, E. 2.4 mit Hinweisen). Weiter ist zu beachten, dass - behandelnde und begutachtende - Psychiater, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und -invalidenversicherungsrechtlich entscheidend - deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete weitgehend fehlende Validierbarkeit ("Reliabilität") psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen, wenn die gutachterliche Einschätzung die Anforderungen an beweiskräftige

Gutachten erfüllt (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009, 9C_661/09, E. 3.2)

2.1.2 Die behandelnden psychiatrischen Fachpersonen des Psychiatrischen Zentrums Rorschach stellten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) bei hypochondrischer Persönlichkeitsstruktur und eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) fest (Bericht vom 2. Juli 2007, act. G 6.1.21). Die erste Diagnose lässt sich mit derjenigen des psychiatrischen ABI-Gutachters hinsichtlich des Schweregrades vereinbaren, der eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0, F32.1) diagnostizierte (act. G 6.1.31-16). Dabei ist zu bemerken, dass gemäss ICD-Klassifizierung die Krankheiten nach ICD-10: F32.1 mit dem Terminus "Episode" und nicht mit "Störung" beschrieben werden (H. Dilling/H.J. Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 4. Auflage, Bern 2008, S. 136), mithin durch die Verwendung des Begriffs "Störung" anstelle von "Episode" - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Einwand vom 2. April 2009, act. G 6.1.52-3) - keine schwergradigere psychische Krankheit beschrieben wird. Daran ändert auch nichts, dass die behandelnden psychiatrischen Fachpersonen des Psychiatrischen Zentrums Rorschach früher von einer rezidivierenden depressiven Störung, "gegenwärtig mittel-gradige Episode" (ICD-10: F33.1) sprachen (vgl. Bericht vom 10. August 2006, act. G 6.2). Denn bei einer rezidivierenden depressiven Störung handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist (Dilling/Freyberger, a.a.O., S. 140) und gemäss Einschätzung vom 10. August 2006 die Schwere der Mittelgradigkeit nicht überstieg. Damit geht einher, dass auch Dr. C.____ die depressive Problematik als mittelgradig beschrieb (Bericht vom 1. April 2009, act. G 6.1.52-6). Die behandelnden psychiatrischen Fachpersonen des Psychiatrischen Zentrums Rorschach gingen am 2. Juli 2007 davon aus, dass der Beschwerdeführer "den Anforderungen einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft nicht zu entsprechen vermag". Sie bescheinigten ihm daher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten. Sie empfahlen indessen eine "erweiterte Abklärung" durch eine MEDAS (act. G 6.1.21-5) und brachten damit zum Ausdruck, dass bezüglich der Beurteilung der Leistungsfähigkeit noch weiterer medizinischer Abklärungsbedarf besteht. Diese Sichtweise, dass die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit nicht vorbehaltlos erfolgte, wird durch den Verlaufsbericht vom 8. November 2007 bestätigt, worin die medizinischen Fachpersonen des Psychiatrischen Zentrums Rorschach angaben, dass "nach der von uns empfohlenen medizinischen und arbeitsspezifischen Abklärung" die Arbeitsfähigkeit "einschätzbar sein" sollte (act. G 6.1.25). Vor diesem Hintergrund vermögen die Berichte des Psychiatrischen Zentrums Rorschach keine Zweifel am ABI-Gutachten entstehen zu lassen, zumal daraus keine objektiven Gesichtspunkte hervorgehen, welche die ABI-Experten anlässlich ihrer Begutachtung ausser Acht gelassen hätten, und sich die Gutachter auch mit den abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen auseinandersetzten (act. G 6.1.31-18). Es sind im Übrigen auch keine wesentlichen Unterschiede bei der Befunderhebung zu erkennen (vgl. Bericht des Psychiatrischen Zentrums Rorschach vom 2. Juli 2007, act. G 6.1.21-3 mit der Befunderhebung des psychiatrischen ABI-Gutachters in act. G 6.1.31-10).

2.1.3 Der damals behandelnde Dr. C.____ berichtete am 1. April 2009, dass der Beschwerdeführer "mittelgradig depressiv" zu beurteilen sei (act. G 6.1.52-6 ff.), was die vom ABI-Psychiater diagnostizierte leicht bis mittelgradig beschriebene depressive Problematik nicht grundsätzlich in Frage stellt. Die von Dr. C.____ vorgebrachte Kritik, dass die Befunderhebung durch die ABI "dürftig" sei, ist nicht nachvollziehbar, zumal Dr. C.____ keine massgeblichen Befunde nennt, die vom

psychiatrischen ABI-Gutachter übersehen worden wären, und er vielmehr selbst einräumt, "die depressiven Inhalte sind im Gutachten einigermassen beschrieben" (act. G 6.1.52-7). Ferner hat der psychiatrische ABI-Gutachter auch die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers in seine Beurteilung miteinbezogen (act. G 6.1.31-11) und sich mit der hypochondrischen Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers auseinandergesetzt (act. G 6.1.31-12). Dr. C.____ und auch der Beschwerdeführer stellen sich des Weiteren auf den Standpunkt, dass die psychiatrische ABI-Begutachtung lediglich auf einer einmaligen Untersuchung beruhe ("punktueller Kontakt", act. G 1, S. 8) und daher mangelhaft sei. Zwar ist fraglich, ob die Vornahme der polydisziplinären Begutachtung lediglich an einem Tag mit Blick auf das zu beurteilende, schwer fassbare Beschwerdebild angemessen ist. Die ABI-Begutachtung erfolgte aber in Kenntnis sowie in Würdigung der umfassenden Voraktenlage und der psychiatrische Gutachter berücksichtigte die vollständige Leidensgeschichte des Beschwerdeführers. Ergänzend kann auf die zutreffenden Ausführungen des RAD zum Bericht von Dr. C.____ verwiesen werden (RAD-Stellungnahme vom 28. Mai 2009, act. G 6.1.54).

2.1.4 Auch der rudimentär begründete Bericht des zuletzt psychiatrisch behandelnden Dr. E.____ vom 12. Juli 2010 (act. G 13.1), worin dieser den Beschwerdeführer für 100% arbeitsunfähig hielt, erschüttert den Beweiswert des ABI-Gutachtens nicht. Zum einen setzt sich Dr. E.____ nicht mit der gutachterlichen Einschätzung auseinander und zum anderen ergeben sich daraus keine neuen, rentenrelevanten medizinischen Erkenntnisse. Zwar verwies Dr. E.____ auf eine stationäre psychiatrische Behandlung während der Dauer vom 16. März bis 30. März 2010 (act. G 15.1) bzw. vom 14. April bis 27. Mai 2010 wegen einer mittelgradigen bis schweren Episode (ICD-10: F33.2). Da es sich hierbei um einen knapp ein Jahr nach dem Verfügungserlass vom 3. Juni 2009 eingetretenen Sachverhalt handelt, fällt er nicht in den für das Gericht massgeblichen Prüfungszeitraum (vgl. hierzu BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Deshalb muss offen gelassen werden, ob es sich hierbei um einen neuen, rentenrelevanten Gesichtspunkt handelt.

2.2 Der Beschwerdeführer bemängelt weiter, dass der psychiatrische ABI-Gutachter keine Rücksprache mit dem damals behandelnden Dr. C.____ vorgenommen habe (act. G 1, S. 9). Mit Blick darauf, dass den ABI-Gutachtern zahlreiche Berichte der zuvor behandelnden medizinischen Fachpersonen vorlagen (vgl. act. G 6.1.31-4 ff.) und sich schliesslich aus dem Bericht von Dr. C.____ vom 1. April 2009 (act. G 6.1.52-6 ff.) keine wesentlichen neuen Tatsachen ergeben, reicht es der ABI-Begutachtung nicht zum Nachteil, dass - obschon regelmässig wünschbar - keine Rückfrage an Dr. C.____ vorgenommen worden ist.

2.3 Gegen die somatische Beurteilung des ABI-Gutachtens bringt der Beschwerdeführer vor, diese sei nicht einleuchtend, weil sie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneine (act. G 1, S. 10). Die ABI-Gutachter legten schlüssig begründet dar, weshalb der Beschwerdeführer quantitativ (zu den somatisch begründeten qualitativen Einschränkungen vgl. act. G 6.1.31-15) nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Dieser Sichtweise entspricht, dass im Leidensbild des Beschwerdeführers die psychischen Krankheiten im Vordergrund stehen und die behandelnde Dr. med. B.____ keine somatischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte (Bericht vom 13. Juni 2007, act. G 6.1.20), weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen.

2.4 Schliesslich bemängelt der Beschwerdeführer, dass die ABI-Experten keine rechtsgenügende Umschreibung einer Verweistätigkeit vorgenommen hätten (act. G 1, S. 11). Die ABI-Gutachter hielten den Beschwerdeführer in der angestammten wie auch in jeder körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit für 70% arbeitsfähig (act. G 6.1.31-19). Wobei aus

rheumatologischer Sicht weiter zu beachten ist, dass mit dem rechten Arm nicht permanent Überkopfarbeiten oder repetitive Horizontal- und Adduktionsbewegungen durchgeführt werden sollten (act. G 6.1.31-15). Da demnach die angestammte Tätigkeit von den körperlichen Anforderungen her grundsätzlich als leidensangepasst zu erachten ist (vgl. act. G 6.1.31-17 f.) und ferner keine grösseren qualitativen Anforderungen an eine Stelle bestehen, kann davon ausgegangen werden, dass dem Beschwerdeführer noch eine Vielzahl von Stellen aus verschiedensten Bereichen offen stehen. Eine nähere Umschreibung einer Verweistätigkeit war deshalb nicht erforderlich.

2.5 Insgesamt ist mit Blick darauf, dass das polydisziplinäre ABI-Gutachten auf umfassenden - wenn auch nur an einem einzigen Tag vorgenommenen - Untersuchungen beruht, in Würdigung der Vorakten und in Auseinandersetzung mit den abweichenden ärztlichen Stellungnahmen sowie unter Berücksichtigung des vollständigen Beschwerdebildes erfolgte, gestützt auf die gutachterliche Beurteilung davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über eine 70%ige Restarbeitsfähigkeit verfügt.

3. Ausgehend von einer 70%igen Restarbeitsfähigkeit bleiben deren erwerbliche Auswirkungen zu prüfen.

3.1 Zwischen den Parteien ist das von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte Valideneinkommen für das Jahr 2008 von Fr. 64'929.-- unbestritten und es ergeben sich auch aus den Akten keine Hinweise für eine fehlerhafte Berechnung.

3.2 Beim Invalideneinkommen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgeht. Mangels tatsächlich erzieltm Erwerbseinkommen ist rechtsprechungsgemäss auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE), vorliegend Total der Tabelle TA1, Männer, Anforderungsniveau 4, abzustellen. Der entsprechende Monatslohn betrug im Jahr 2008 ausgehend von einer 40 Stundenwoche Fr. 4'806.--. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden resultiert ein Monatslohn von Fr. 4'998.-- bzw. ein Jahreslohn von Fr. 59'976.--. Unter Berücksichtigung einer 70%igen Restarbeitsfähigkeit ergibt sich ein Einkommen von Fr. 41'983.-- (Fr. 59'976.-- x 0.7).

3.3 Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25% gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 126 V 78 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - insbesondere auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt etwa in AH1 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

3.4 Der Beschwerdeführer macht geltend, dass das Invalideneinkommen "in Anwendung der entsprechenden Leidensabzüge" festzulegen sei (act. G 1, S. 11). Er benennt allerdings keine konkreten Gründe, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen. Vorliegend rechtfertigt die selbst für leidensangepasste Tätigkeiten bestehende Teilarbeitsfähigkeit - obschon vollschichtig umsetzbar (act. G 6.1.31-18) - einen 5%igen Abzug (vgl. eingehend hierzu Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Januar 2009, IV 2007/192, E. 3.3.2

mit Hinweisen). Da dem Beschwerdeführer u.a. die angestammte Tätigkeit zumutbar ist und er damit keinen Umstellungsaufwand auf eine ihm fremde Tätigkeit bei der ihm zumutbaren Verwertung seiner Restleistungsfähigkeit zu gewärtigen hat, er im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung noch eine Aktivitätsdauer von über 10 Jahren vor sich hatte, zudem über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (act. G 6.1.4) und auch keine weiteren Gesichtspunkte vorliegen, die einen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen bzw. einen weiteren Lohnnachteil auf dem ihm offen stehenden allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zur Folge hätten, erscheint ein Leidensabzug von mehr als 5% den Umständen nicht angemessen. Unter Berücksichtigung eines 5%igen Abzugs resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 39'884.-- (Fr. 41'983.-- x 0.95). 3.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'929.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 39'884.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 25'045.-- (Fr. 64'929.-- - Fr. 39'884.--) bzw. ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von (auf)gerundet 39% ([Fr. 25'045.-- / Fr. 64'929.--] x 100).

E. 4

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde vom 1. Juli 2009 abzuweisen. 4.2 Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Prozessführung am 28. August 2009 bewilligt (act. G 7). Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse dem Beschwerdeführer es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG i.V.m. Art. 404 ZPO/CH). 4.3 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. 4.4 Der Staat ist zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist 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.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).