

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/439 vom 10. März 2015

Sg Versicherungsgericht, 2015-03-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2012_439

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/439 du 10 mars 2015

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/439 del 10 marzo 2015

Regeste

Art. 28 IVG. Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, beginnend chronifiziert in mittelgradiger Ausprägung, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und somatischer Befunde. Angesichts der als vorrangig zu betrachtenden, fachärztlich-gutachterlich ausgewiesenen depressiven Störung gibt es keinen Grund, von der überzeugenden polydisziplinären Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS abzuweichen. Nichts anderes ergäbe sich, wenn die Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zur Anwendung gelangte. Stufenweise Rentenzusprache. (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. März 2015, IV 2012/439).

Erwägungen

E. 1

1.1 Im Streit liegt die Verfügung vom 22. Oktober 2012, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente ablehnte. 1.2 Der Beschwerdeführer lässt einzig Rentenleistungen beantragen. 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.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 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 Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 2.2 Nach Art. 4 Abs. 1 IVG gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge unter anderem von Krankheit verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. 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 nach der Rechtsprechung nicht als Auswirkungen einer krankhaften (dort: seelischen) Verfassung zu betrachten (vgl. BGE 102

V 165). 2.3 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht; vielmehr muss verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.2). Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert ist aus rechtlicher Sicht also Voraussetzung, aber nicht auch schon hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes genügt (selbst) die (rein) psychiatrische Erklärbarkeit der Schmerzsymptomatik allein für eine sozialversicherungsrechtliche Leistungsbegründung nicht. Der begutachtenden Fachperson der Psychiatrie obliegt im Rahmen der - naturgemäss mit Ermessenszügen behafteten - ärztlichen Stellungnahme zur Arbeits(un)fähigkeit die Aufgabe aufzuzeigen, ob und inwiefern eine versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, mit ihren Schmerzen umzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4). 2.4 Eine depressive Störung stellt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts für sich keinen pathogenetisch (ätiologisch) unklaren syndromalen Zustand dar, bei welchem die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen zur Anwendung gelangen würde (vgl. Bundesgerichtsentscheide i/S M. vom 20. September 2011, 8C_302/11, und i/S H. vom 17. Januar 2013, 9C_521/12). Die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer (mittelschweren) depressiven Störung bedingt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts aber, dass es sich dabei nicht bloss um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit handelt, sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 22. Juli 2014, 9C_690/13 E. 4.2). 2.5 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 zumutbar sei (vgl. BGE 127 V 294; vgl. zum Ganzen auch BGE 139 V 547).

E. 3

3.1 Für die Invaliditätsbemessung sind nach dem Dargelegten zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (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). 3.2 Zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liegen diverse medizinische Berichte vor. Insbesondere ist eine Begutachtung durch die MEDAS erfolgt. Das Gutachten datiert vom 3. Juli 2012 und basiert auf Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 12. und 14. März 2012 und einer Kenntnisnahme von den Vorakten (zu einem MRI der LWS unten E. 5.4). Es wurden die objektiven Befunde aus rheumatologischer/internistischer Sicht samt Labor- und Röntgenbefunden, einem PACT-Test und einer Spirometrie sowie (in einem psychiatrischen Teilgutachten) die

objektiven Befunde in psychiatrischer Hinsicht erhoben. Auch die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wurden jeweils erhoben. Die Begutachtung kann daher als ausreichend umfassend bezeichnet werden. 3.3 Aufgrund einer polydisziplinären Konferenz von Chefarzt, fallführendem Hauptgutachter und teilbegutachtenden Spezialärzten (wohl: dem einen teilbegutachtenden Spezialarzt/Psychiater) wurde als Ergebnis der medizinischen Begutachtung festgehalten, von somatischer Seite ergäben sich qualitative Einschränkungen, denn es seien dem Beschwerdeführer nur leichte Arbeiten mit Wechselbelastung und in Wechsellagen ganztags zumutbar. Psychiatrisch gesehen bestehe eine Leistungsminderung auf eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 %, da ein reduziertes Arbeitspensum von geschätzt sechs bis sieben Stunden pro Tag zumutbar sei, in welchem die Leistung um etwa einen Drittel herabgesetzt sei.

E. 4

4.1 Dass zur Zeit der MEDAS-Begutachtung eine depressive Störung vorlag, wird zu Recht nicht in Frage gestellt. Wie dem psychiatrischen Befund zu entnehmen ist, war die Grundstimmung des Beschwerdeführers bei der Untersuchung bedrückt, die affektive Modulationsfähigkeit leicht eingeschränkt, der Antrieb leicht vermindert. Psychomotorisch hatte der Beschwerdeführer zeitweilig deutlich angespannt gewirkt. Sein formaler Gedankengang war etwas sprunghaft und eher umständlich gewesen. Es waren leichte bis mittelgradige Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit feststellbar gewesen. Ausserdem hatten eine verminderte emotionale Belastbarkeit und eine verminderte Stress- und Frustrationstoleranz bestanden. Bei Hinweisen auf akzentuierte Persönlichkeitszüge waren leicht eingeschränkte soziale Kompetenzen deutlich geworden, insbesondere in Bezug auf die Konfliktfähigkeit, aber auch auf das Abgrenzungsvermögen. Der Beschwerdeführer habe sich auch deutlich dysphorisch gezeigt. Das Selbstwörterleben sei leicht vermindert gewesen. Der Gutachter der Psychiatrie schloss darauf, dass eine in etwa mittelgradige depressive Symptomatik vorliege mit Stimmungsschwankungen, leichter Antriebsverminderung, fortgesetzten Schlafstörungen, einem teilweisen sozialen Rückzug, einer Selbstwertminderung, etwa mittelgradigen Konzentrationsstörungen und Versagensängsten. Aufgrund der Untersuchungsbefunde und der anamnestischen Auskünfte des Beschwerdeführers gelangte er zu der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradiger depressiver Ausprägung und beginnend chronifizierter Symptomatik auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen, emotional instabilen und narzisstischen Anteilen. Die Diagnosestellung ist vom Facharzt damit nachvollziehbar begründet worden. Der Experte setzte sich zudem mit der psychiatrischen Beurteilung von Dr. C.____ (vom Oktober 2011) auseinander und hielt fest, er stimme mit ihr in der Einschätzung des Vorliegens einer depressiven Störung überein, hingegen nicht in ihrer Beurteilung des Schweregrads der Störung. Eine schwere Symptomatik, wie sie die Ärztin im Oktober 2011 beschrieben habe, sei nicht mehr festzustellen gewesen. Es ergibt sich kein Anlass, an diesen gutachterlichen Feststellungen zu zweifeln. 4.2 Die Beschwerdegegnerin wendet aber ein, aus psychiatrischen Gründen könne - entgegen dem Begutachtungsergebnis - keine Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden. Im Vordergrund stünden beim Beschwerdeführer nämlich die Schmerzen und die Depression stelle kein eigenständiges Leiden dar. Der Beschwerdeführer habe sich denn auch nur unter Angabe von Rückenschmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet. 4.3 Der Beschwerdeführer war zunächst bereits im März 2008 einmal von seinem behandelnden Arzt zur Früherfassung gemeldet worden. Eine zweite solche Meldung hat er

selber - offenbar anlässlich eines Besuchs bei jenem Arzt - gemacht und war daraufhin von der Beschwerdegegnerin zu einer IV-Anmeldung veranlasst worden. In einem ersten Anmeldeformular waren zwar allein die Rückenschmerzen vermerkt, in einem zweiten acht Tage später war aber auch die Psyche erwähnt worden. Was die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers betrifft, erläuterten die Experten der MEDAS, subjektiv stelle er die chronischen Rückenschmerzen in den Vordergrund, doch seien diese nur teilweise nachvollziehbar und im Zusammenhang mit den entscheidenden psychischen Faktoren zu sehen (IV-act. 84-18). Andernorts erwähnten sie, die depressive Symptomatik habe bei der Beschwerdeschilderung bezüglich der aktuellen Situation im Vordergrund gestanden, in Bezug auf den Arbeitsplatz hingegen seien es die Schmerzen gewesen (IV-act. 84-13). Die depressive Symptomatik ist demnach subjektiv zumindest mitentscheidend. Selbst wenn das aber nicht zuträfe, liesse sich aus der rein subjektiven Einschätzung allein nicht schliessen, dem depressiven Leiden komme keine eigenständige Bedeutung zu. Der Beschwerdeführer unterzieht sich einer psychiatrischen Behandlung. Die Gutachter ihrerseits halten ferner objektiv die rezidivierende depressive Störung in mittelgradiger Ausprägung für vorrangig, wird sie doch bei den Hauptdiagnosen in erster Linie genannt, während die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und das zervikale und lumbospondylogene Syndrom folgen. Im Vergleich zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wird sie ausserdem ausdrücklich als "Hauptdiagnose" (wohl in jenem Zusammenhang als "hauptsächliche" Diagnose zu verstehen; IV-act. 84-18) bezeichnet. Im Vergleich zur Sucht werden die akzentuierten Persönlichkeitszüge und die depressive Störung im Übrigen als primäre psychiatrische Erkrankungen charakterisiert (IV-act. 84-16), was ebenfalls auf deren gewichtige Bedeutung hinweist. 4.4 Zudem war der Beschwerdeführer nach der Aktenlage bereits bis 2007 in psychiatrischer Behandlung gewesen und hatte diese im März 2010 wieder aufgenommen. Auch diese mehrjährige psychiatrische Krankengeschichte spricht für eine Relevanz des (übereinstimmend fachärztlich und gutachterlich) beschriebenen depressiven Leidens. Dasselbe gilt namentlich für den Umstand, dass der Beschwerdeführer sich der entsprechenden medikamentösen Therapie unterzieht und sich bei der Begutachtung in diesbezüglich behandeltem Zustand befand, war sein Duloxetine-Spiegel doch im therapeutischen Bereich gewesen (IV-act. 84-7). 4.5 Dass die depressive Störung noch (weiterhin) therapeutisch angebar sein könnte, vermag an der Beurteilung ihrer damaligen Bedeutung nichts zu ändern, sondern bietet allenfalls Grund für eine innert kürzerer Frist in Aussicht zu nehmende Überprüfung des relevanten Sachverhalts (vgl. dazu die Empfehlung einer Nachbegutachtung, IV-act. 84-20). Nach Auffassung des Psychiaters der MEDAS sind eine Intensivierung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (mit kognitiv verhaltenstherapeutischem Vorgehen) und eine weitere Optimierung der Psychopharmakotherapie (insbesondere sollten die Benzodiazepine bei der bestehenden Abhängigkeit schrittweise reduziert und dann abgesetzt werden, die stimmungsstabilisierende Medikation hingegen sollte bei dem spürbaren Aggressionspotential erhöht werden) zu empfehlen (IV-act. 84-13 und IV-act. 84-14). Der Gutachter legte dar, davon sei voraussichtlich noch eine gewisse Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten, eine weitere Besserung erscheine noch möglich (IV-act. 84-15), aber auch, eine weitere Besserungstendenz sei nicht anzunehmen, allerdings auch nicht ausgeschlossen (IV-act. 84-13). Nach Auffassung des RAD kann die Arbeitsfähigkeit nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit verbessert werden (IV-act. 87-2). Die Aussichten sind somit noch ungewiss. 4.6 Der beim Beschwerdeführer

vorliegenden depressiven Störung kommt bei den gegebenen Umständen somit für die Arbeitsfähigkeit relevante Bedeutung zu. Die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen Leiden gelangt nicht zur Anwendung. Es gibt diesbezüglich keinen Grund, von der fachärztlichen polydisziplinären gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung abzuweichen.

E. 5

5.1 Der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie stellte beim Beschwerdeführer in zweiter Linie aber auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest, da die somatoforme Symptomatik durch physiologische Prozesse nicht vollständig zu erklären sei. Im Hinblick auf die Frage der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung bei dieser Erkrankung und die hierfür von der Rechtsprechung aufgenommenen Kriterien betrachtete er die depressive Störung als chronische psychiatrische Begleiterkrankung. Dabei handelt es sich allerdings, da Hauptleiden nach dem oben Dargelegten vorliegend die depressive Störung darstellt, um eine nicht angezeigte Umkehr der Optik, die ihren Grund wohl in der (hier unzutreffenden) Annahme hat, die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen sei anwendbar.

5.2 Selbst wenn aber die Schmerzstörung vorrangig wäre und es auf die in der Rechtsprechung genannten Kriterien tatsächlich ankäme, wäre die depressive Störung vorliegend nicht als blosse Begleiterscheinung der Schmerzstörung ausser Acht zu lassen, sondern als Komorbidität zu ihr als relevant zu betrachten.

5.3 Ferner kämen weitere wesentliche Faktoren dazu: Der Beschwerdeführer litt nach Angaben von Dr. B. ___ vom Januar 2010 damals bereits seit mindestens 20 Jahren an einem panvertebralen Syndrom. Seine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Schweisser war aufgrund der somatischen Beeinträchtigungen schon wiederholt phasenweise eingeschränkt gewesen (vgl. IV-act. 1). Er nahm die Arbeit aber danach teilweise und/oder voll wieder auf (zuletzt im März/April 2008 und im November 2009). Ab März 2010 (AEH) war ihm die bisherige Tätigkeit aufgrund des Rückenleidens gar nicht mehr zumutbar.

5.4 In einer adaptierten Tätigkeit bestehen nach dem MEDAS-Gutachten allerdings lediglich qualitative Einschränkungen. Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, aus diesem Grund könne das Rückenleiden nicht als chronische körperliche Begleiterkrankung im Sinn der Foerster'schen Kriterien gelten. Es trifft zu, dass chronische körperliche Begleiterkrankungen ein erhebliches Ausmass aufweisen müssen, um als relevantes Zusatzkriterium Berücksichtigung zu finden. Nur geringfügige organische Befunde und der Umstand, dass körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten aus somatischer Sicht vollumfänglich zumutbar sind, liessen das gemäss dem Entscheid 8C_348/08 des Bundesgerichts (i/S F. vom 7. Januar 2009, E. 4.2) für jenen Sachverhalt zumindest als fraglich erscheinen. - Somatisch gesehen liegt beim Beschwerdeführer gemäss dem MEDAS-Gutachten ein chronisches Rückenschmerzsyndrom bei eher überdurchschnittlichen degenerativen Veränderungen vorwiegend an der Lendenwirbelsäule und weniger an der Halswirbelsäule vor. Auf der Höhe der Lendenwirbelsäule wurden bei der MEDAS-Begutachtung auf einem (wohl konventionellen) Röntgenbild vom 12. März 2012 eine Osteochondrosis L5/S1 mit Vakuumphänomen und Spondylosis gesehen, ausserdem Spondylarthrosen. Solche wurden auch auf Höhe L4/5 und L3/4 erkennbar, mit Spondylosis auch L3/4 ventralbetont. Ferner zeigten sich degenerative Veränderungen auch der unteren Brustwirbelsäule bzw. im thorakolumbalen Übergang. Ausserdem wurden Zeichen einer mässigen Periarthropathie der linken Schulter mit grenzwertig schmerzhaftem Bogen gefunden (IV-act. 84-18), die aber nicht in die MEDAS-Diagnoseliste aufgenommen wurde (auch nicht als

Nebendiagnose). Wie zudem aus dem Befund eines MRI der LWS vom 11. März 2008 (IV-act. 47-22), das in der MEDAS-Begutachtung nicht erwähnt ist, hervorgeht, hatte dieses damals eine ausgeprägte dorsale Osteophytenbildung Th11/12 ergeben, ausserdem eine Bandscheibenhöhenverminderung L5/S1 mit dorsaler Bandscheibenprotrusion, minimale Bandscheibenprotrusionen L3/4, L4/5, eine Spondylarthrose L4/5. Es hatte keine sichere Neurokompression gezeigt. Gemäss einem Bericht eines Facharztes FMH für Neurochirurgie an einem Wirbelsäulenzentrum vom 5. Mai 2008 (IV-act. 21-13) hatte eine diagnostische Blockade eindeutig die Zwischenwirbelgelenke bzw. die entsprechenden Nerven als Hauptgeneratoren für die Schmerzen des Beschwerdeführers zu Tage gefördert, so dass eine Rhizotomie der Rami mediales L3 bis L5 beidseits vorgeschlagen worden war. Diese war allerdings später nicht vorgenommen worden; der Eingriff hatte wegen Symptomausweitung in den folgenden Jahren keine wesentliche Besserung erwarten lassen (vgl. IV-act. 47-19). Zu erwähnen sind ferner - nebst der MEDAS-Nebendiagnose einer COPD - auch das (von der MEDAS als arterielle Hypertonie erfasste) Vorliegen einer hypertensiven Herzkrankheit sowie eine Makrozytose (IV-act. 21-16 f.). - In ihrer Gesamtheit wären diese körperlichen Leiden sicherlich als erheblich zu betrachten. Vielmehr würde sich fragen, ob es den somatischen Befunden gerecht würde, sie unter dem Gesichtspunkt blosser chronischer körperlicher "Begleiterkrankung" zu einer Schmerzstörung zu würdigen. Sie lassen im Übrigen im Ergebnis gemäss der MEDAS-Begutachtung zwar eine volle Arbeitsfähigkeit zu, jedoch nur eine solche für leichte Arbeiten, wie sie bereits bei der AEH-Untersuchung vom März 2010 festgestellt worden war, nicht auch eine Arbeitsfähigkeit für mittelschwere Tätigkeiten. 5.5 Der begutachtende Psychiater stellte im Weiteren einen teilweisen sozialen Rückzug fest. Einen primären Krankheitsgewinn schloss er hingegen aus. Vielmehr bestehe ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn. Eine Motivation des Beschwerdeführers in Bezug auf berufliche Eingliederungsmassnahmen war gemäss dem MEDAS-Gutachten nicht vorhanden (IV-act. 84-11 und IV-act. 84-20), in Bezug auf eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung war sie eher ambivalent (IV-act. 84-11). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass noch bei der AEH-Untersuchung mit Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers zuverlässig und die Konsistenz gut gewesen war. Sein Verhalten sprach eindeutig gegen eine Selbstlimitation (IV-act. 47-16, IV-act. 47-15). Er hatte die Arbeit nach den früheren Phasen der Arbeitsunfähigkeit wie erwähnt jeweils wieder aufgenommen und sich auch nach einem Rückgang der Depression im Oktober 2010 wieder für Anstrengungen zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt melden lassen (vgl. IV-act. 52), also zunächst eine hohe Motivation zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und Ausübung der Arbeit gezeigt, während er später möglicherweise resignierte. Zur Zeit der MEDAS-Begutachtung schätzte er sich offenbar als nicht mehr arbeitsfähig ein (IV-act. 84-16). Bei der dortigen psychiatrischen Exploration fiel eine tendenziell dramatische Beschwerdeschilderung auf (IV-act. 84-13). Es gab Hinweise auf ein dysfunktionales Schon-, Vermeidungs- und Krankheitsverhalten, möglicherweise als Folge der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in Form einer Regression (IV-act. 84-11). Allen diesen Umständen wurde bei der psychiatrischen Begutachtung ebenso Beachtung gegeben wie der Frage, über welche Ressourcen der Beschwerdeführer verfüge (vgl. IV-act. 84-14). Die MEDAS-Gutachter gelangten dabei zur Beurteilung, dass immerhin zum Teil qualifizierende Kriterien (nach Foerster) gegeben seien, was nicht zu beanstanden wäre. 5.6 Jedenfalls aber sind, woran das Bundesgericht in ständiger

Rechtsprechung festgehalten hat, beim Zusammentreffen einer zuverlässig diagnostizierten depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung in erster Linie die (fach-)ärztlichen Feststellungen zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsunfähigkeit massgeblich (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S U. vom 14. Februar 2014, 8C_251/13 E. 4.2.2). Für den Beschwerdeführer wurde eine 50 % überschreitende Arbeitsfähigkeit gutachterlich als nicht zumutbar beurteilt, was überzeugend ist.

E. 6

Es kann insoweit zusammenfassend davon ausgegangen werden, dass die MEDAS-Gutachter mit der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von ca. 50 % die dem Beschwerdeführer zumutbare Leistungsfähigkeit beschrieben und bei deren Objektivierung den Einfluss der diversen vorgefundenen psychosozialen Belastungsfaktoren regelgerecht gewürdigt - d.h. die Arbeitsfähigkeit abgesehen von diesem Einfluss eingeschätzt - haben (vgl. IV-act. 84-18, IV-act. 84-16). Sie haben sich dabei auch mit den ärztlichen Berichten von Dr. C.____ auseinandergesetzt. Da der Gutachter der Psychiatrie eine Verbesserung des Zustands des Beschwerdeführers seit Oktober 2011 angenommen hat (IV-act. 84-13, IV-act. 84-14), ist allerdings davon auszugehen, dass seine Annahme, die behandelnde Ärztin habe solche psychosozialen Faktoren in ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung eingeschlossen, sich auf ihr als widersprüchlich bezeichnetes Attest einer vollen Arbeitsunfähigkeit für die zurückliegende Zeit ab Februar 2010 bezieht. Damit hatte die Psychiaterin jedoch rückwirkend lediglich eine Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf als Schweisser angegeben. Eine Abweichung ist demnach nicht festzustellen. Es rechtfertigt sich somit, für den Sachverhalt im betreffenden Zeitpunkt auf das Ergebnis der polydisziplinären Begutachtung durch die MEDAS abzustellen. Der RAD hat sich dem Begutachtungsergebnis im Übrigen angeschlossen (vgl. IV-act. 87-2).

E. 7

7.1 Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, kann davon ausgegangen werden, dass eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG in der bisherigen Arbeit am 20. Oktober 2009 einsetzte, ein (mögliches) Wartejahr somit am 20. Oktober 2010 (mit einem für eine ganze Rente ausreichenden Durchschnitt an Arbeitsunfähigkeit) endete (auch im Januar 2010 war der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsunfähig, vgl. Fremdakten). Welche Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit allerdings im Oktober 2010 bestand, lässt sich keinem echtzeitlichen Arztzeugnis entnehmen. Nach einer psychiatrischen Verschlechterung im Juni 2010 mit dem Ergebnis einer Arbeitsunfähigkeit von 57.5 % (4 Arbeitsstunden pro Tag mit einer Einschränkung von etwa 10 bis 20 %) war die Depression damals (im Oktober 2010) nach Angaben der behandelnden Psychiaterin zurückgegangen. Die Ärztin äusserte sich allerdings nicht zum Ausmass der entsprechenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dass er sich im November 2010 beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % meldete (vgl. IV-act. 84-16), ist für die Beurteilung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht aussagekräftig. Zu Beginn des Jahres 2011 zeigte der Beschwerdeführer bei einer Tätigkeit in einem Einsatzprogramm eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 25 %, entsprechend hätte praktisch eine "Arbeitsunfähigkeit" von 75 % bestanden, wofür aber ebenfalls keine ärztliche Angabe besteht. Der RAD hatte im Juli 2010 - allerdings lediglich prognostisch - ab September 2010 eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % erwartet. Es rechtfertigt sich, da von ergänzenden Abklärungen diesbezüglich keine verbesserten Grundlagen zu

erwarten sind, anzunehmen, dass die zumutbare Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten im Oktober 2010 bei der von der MEDAS festgelegten Höhe von 50 % lag. 7.2 Gemäss dem Arztbericht vom 19. Oktober 2011 hat sich dannzumal eine psychiatrische Verschlechterung eingestellt, derentwegen der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig geschrieben wurde (IV-act. 76; schwere innere Unruhe, Angst- und Spannungszustände, Existenzängste, gen. Schmerzen, Verzweiflung, Hilflosigkeit, niedrige Stresstoleranz, Aggressionsausbrüche, intensive Gedanken des Lebensüberdresses, schwere Schlafstörungen, subjektiv aussichtslose Situation). Die Frequenz der Behandlung wurde zu jenem Zeitpunkt erhöht. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist abzustellen. 7.3 Das MEDAS-Gutachten vom Juli 2012 geht von einer Besserung der psychiatrischen Symptomatik seit jenem Zeitpunkt (vom Oktober 2011) aus (IV-act. 84-13, IV-act. 84-14). Die gestellte Frage nach dem Beginn der (von ihm festgesetzten) Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit hat es nicht beantwortet. Der RAD nimmt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bereits ab November 2011 an (IV-act. 87-2), wobei nicht ersichtlich ist, worauf er sich dabei hätte stützen können. Da auch in dieser Hinsicht nicht damit gerechnet werden kann, dass eine Ergänzungsfrage eine zusätzliche Klärung bringen könnte, ist anzunehmen, dass die Verbesserung kontinuierlich erfolgt ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt, da er eine Arbeitsfähigkeit von etwa 40 % erreichte, keinen Invaliditätsgrad von mindestens 70 % mehr aufwies (vgl. die nachfolgenden Erwägungen zu den erwerblichen Folgen). Mit dem Erreichen eines Arbeitsfähigkeitsgrads von ca. 40 % war unter der genannten Voraussetzung einer gleichmässigen Verbesserung in den fünf Monaten zwischen Oktober 2011 (nicht arbeitsfähig) und der Begutachtungszeit vom März 2012 (50 % arbeitsfähig) rund vier Monate nach Oktober 2011 zu rechnen, also im Februar 2012, so dass die rentenbeeinflussende Verbesserung des Gesundheitszustands dort zu terminieren ist.

E. 8

8.1 Was die erwerblichen Auswirkungen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrifft, wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S. K. vom 23. März 2009, 8C_515/2008). Nach Angaben der Arbeitgeberin hatte der Beschwerdeführer im Jahr 2009 ein (AHV-pflichtiges) Einkommen von Fr. 68'742.-- verdient (IV-act. 30-9). Aufgewertet um die Nominallohnentwicklung ins Jahr 2010 von 0.5 % im verarbeitenden Gewerbe/in der Industrie (T1.05 der Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik LE 2010, S. 18) ergibt sich ein als Valideneinkommen 2010 zu betrachtendes Einkommen von Fr. 69'086.--. 8.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der

tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist aber kein solches effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person - wie der Beschwerdeführer - nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte beigezogen werden (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, Bundesgerichtsentscheid i/S B. vom 6. Januar 2010, 8C_579/2009). 8.3 Der Tabellenlohn 2010 für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) von Männern im privaten Sektor betrug Fr. 61'164.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Gesetze und Verordnungen, 2015, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 226, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik). 8.4 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Wie aus dem MEDAS-Gutachten hervorgeht, ist der Beschwerdeführer aus rheumatologischen Gründen auf eine Arbeit angewiesen, die leicht ist. Es soll sich um körperlich eher leichtere Tätigkeiten von eher einfacher und angelernter Art ohne speziell erhöhte Anforderung an die Stress- und Frustrationstoleranz, die emotionale Belastbarkeit, die Konzentrationsfähigkeit oder die sozialen Kompetenzen handeln. Das zumutbare Arbeitspensum ist (nach einer empfohlenen Einstiegsphase mit weitreichender Beschränkung) auf etwa sechs bis sieben Stunden pro Tag begrenzt, so dass ein Teilzeitabzug am Platz ist. Angemessen erscheint insgesamt ein Abzug vom Tabellenlohn von 10 %. Das Invalideneinkommen beträgt damit bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % Fr. 27'523.--, was einen Invaliditätsgrad von 60 % ergibt.

E. 9

9.1 Nach dem ab 1. Januar 2008 geltenden Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, was, da sich der Beschwerdeführer im Dezember 2009 anmeldete, einen Anspruch frühestens ab Juni 2010 zuliesse. Da das Wartejahr jedoch wie erwähnt erst im Oktober 2010 ablief, entstand der Anspruch auf eine Dreiviertelrente - unter Vorbehalt einer Eingliederungsmöglichkeit - am 1. Oktober 2010. - Im Juni 2010 hatte die Beschwerdegegnerin mitgeteilt, zurzeit seien berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht möglich, was nicht zu beanstanden ist. Der Beschwerdeführer war bis Mai 2010 in stationärer Behandlung gewesen. Im Juni 2010 war zudem eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten. Am 27. Oktober 2010 war dann zwar gemeldet worden, die Depression sei zurückgegangen und die Beschwerdegegnerin hat Arbeitsvermittlungsmassnahmen, aber keine weiteren Eingliederungsmassnahmen geboten (vgl. IV-act. 54, 56 ff.). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 19. September 2011 hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf (weitere) berufliche Massnahmen ausdrücklich abgelehnt, nachdem der Beschwerdeführer ab Februar 2011 (IV-act. 62-2) in einem Einsatzprogramm gearbeitet hatte und berichtet worden war, er habe seine Präsenzzeit nicht über 50 % hinaus steigern können und sei nicht über eine Leistungsfähigkeit von etwa 25 % hinaus gekommen und die Leistungsfähigkeit sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht verwertbar. Unter diesen Umständen ist rückblickend

anzunehmen, dass der Rentenanspruch im Oktober 2010 entstand. Bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung findet sich kein Anhaltspunkt für eine diesbezügliche Veränderung. 9.2 Im Oktober 2011 trat die Verschlechterung des Gesundheitszustands mit voller Arbeitsunfähigkeit - demnach auch voller Erwerbsunfähigkeit - ein. 9.3 Im Fall einer rückwirkenden Rentenfestsetzung ist es unter Umständen notwendig, den Invaliditätsgrad für verschiedene zurückliegende Zeitabschnitte nach Massgabe der jeweiligen Erwerbsunfähigkeit unterschiedlich hoch zu bemessen (vgl. BGE 106 V 16; BGE 109 V 125). Dabei richtet sich der Zeitpunkt einer Rentenerhöhung ausschliesslich 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 anspruchsbeflussende Änderung bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Art. 29 bis IVV ist sinngemäss anwendbar. - Ab 1. Februar 2012 ist der Anspruch somit bei einem Invaliditätsgrad von 100 % auf eine ganze Rente zu erhöhen. 9.4 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeflussende Änderung nach Art. 88a Abs. 1 IVV für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. - Eine Herabsetzung des Rentenanspruchs auf wiederum eine Dreiviertelrente hat demnach auf den 1. Juni 2012 (drei Monate nach Februar 2012) zu erfolgen. 9.5 Es empfiehlt sich allenfalls, zur Prüfung einer möglichen Verbesserung durch eine angepasste psychiatrische Behandlung eine baldige Revision vorzusehen. Gegebenenfalls könnte sich dann auch die Frage einer geeigneten beruflichen Eingliederung wieder stellen.

E. 10.1

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 22. Oktober 2012 zu schützen und dem Beschwerdeführer ist ab 1. Oktober 2010 eine Dreiviertelrente, ab 1. Februar 2012 eine ganze Rente und ab 1. Juni 2012 wiederum eine Dreiviertelrente auszurichten.

E. 10.2

Angesichts des vollen Unterliegens der Beschwerdegegnerin 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 Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Dem Beschwerdeführer ist der Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

E. 10.3

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 22. Oktober 2012 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen ab 1. Oktober 2010 eine Dreiviertelrente, ab 1. Februar 2012 eine ganze Rente und ab 1. Juni 2012 wiederum eine

Dreiviertelsrente zugesprochen. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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