

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/181 vom 17. Dezember 2014**

Sg Versicherungsgericht, 2014-12-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2013\\_181](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_181)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/181 du 17 décembre 2014

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/181 del 17 dicembre 2014

## **Regeste**

Art. 8 Abs. 1 ATSG. Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit wegen einer phasenweise mittel- bis schwergradigen depressiven Störung. Liegt eine diagnostizierte psychiatrische Erkrankung vor, ist es irrelevant, ob diese durch psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren (mit-)verursacht oder verstärkt worden ist. Gutheissung der Beschwerde und Zusprache einer ganzen Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Dezember 2014, IV 2013/181). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_37/2015.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt. Strittig ist demnach, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat oder nicht. 1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

### **E. 2**

2.1 Die Invalidenversicherung ist eine finale Versicherung. Das heisst, es wird nicht nach der Art und Genese eines Gesundheitsschadens gefragt, welcher die Erwerbsunfähigkeit

verursacht. Der Gesundheitszustand ist folglich immer gesamtheitlich zu betrachten. Selbst eine Erwerbsunfähigkeit, deren psychogene krankhafte Grundlage (auch) durch eine soziokulturelle Überforderung verursacht worden ist, fällt in den Geltungsbereich der Invalidenversicherung, vorausgesetzt es handelt sich um ein verselbständigtes psychisches Leiden. Eine rentenbegründende Invalidität kann damit nicht allein mit dem Hinweis auf das Vorhandensein soziokultureller oder psychosozialer Belastungsfaktoren verneint werden (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2014, 8C\_830/2013, E. 5.2.3; BGE 136 V 279, E. 3.2.1). Ist eine psychische Störung von Krankheitwert schlüssig erstellt, kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und in welchem Ausmass der versicherten Person objektiv betrachtet trotz ihres psychischen Leidens eine Erwerbstätigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten noch offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt sozial-praktisch noch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 102 V 165; BGE 127 V 294, E. 4c und 5a).

2.2 Zunächst ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer an einer psychischen Erkrankung leidet. Der behandelnde Psychiater Dr. D. \_\_\_ hat dem Beschwerdeführer ab Behandlungsbeginn, d.h. ab August 2008, eine schwere, chronifizierte Depression diagnostiziert. Vom 10. Dezember 2008 bis 6. April 2009 hat sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik I. \_\_\_ befunden. Die Klinik hat eine mittelgradige depressive Episode und eine Somatisierungsstörung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen und passiven aggressiven Anteilen diagnostiziert. Dr. D. \_\_\_ hat am 30. Oktober 2009 berichtet, dass der Beschwerdeführer an einer schweren Depression mit somatischen Symptomen, zunehmend seit Sommer 2008, sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide. Die RAD-Psychiaterin Dr. J. \_\_\_ hat nach dem Assessmentgespräch am 2. Februar 2010 die Diagnosen von Dr. D. \_\_\_ bestätigt. Vom 28. Januar bis 17. Mai 2010 ist der Beschwerdeführer zum zweiten Mal in der Klinik I. \_\_\_ wegen akuter Suizidalität hospitalisiert gewesen. Die Klinik hat als Diagnosen diesmal eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit abhängigen, passiv-aggressiven Anteilen angegeben. Am 24. August 2010 ist der Beschwerdeführer von der MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär begutachtet worden. Der psychiatrische Sachverständige Dr. L. \_\_\_ hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Stress, ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation) diagnostiziert. Vom 1. April bis 27. September 2011 hat sich der Beschwerdeführer zum dritten Mal wegen akuter Suizidalität bei schwerer depressiver Symptomatik in der Klinik I. \_\_\_ in stationärer Behandlung befunden. Dr. D. \_\_\_ hat am 11. März 2012 berichtet, dass der psychische Gesundheitszustand stationär, aber miserabel sei. Und schliesslich ist der Beschwerdeführer vom 26. Juli bis 13. November 2012 stationär in der Klinik N. \_\_\_ hospitalisiert gewesen. Die Klinik N. \_\_\_ hat eine schwere, chronifizierte, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet. Umstritten ist dagegen, ob der Beschwerdeführer an einer depressiven Störung leidet. Während die behandelnden (Fach-) Ärzte ab Sommer 2008 durchgehend eine mittel- bis schwergradige depressive Störung diagnostiziert haben, hat der psychiatrische Sachverständige Dr. L. \_\_\_ das Vorliegen einer solchen verneint. Zur Begründung hat er angeführt, dass zwar viele Phänomene der Persönlichkeit des Beschwerdeführers durchaus auch bei einer Depression auftreten könnten, diese jedoch auf die belastenden Lebensumstände (Scheidung, Rosenkrieg, Geldverlust, finanzielle

Engpässe, fehlende Kontaktmöglichkeit mit Kindern) und nicht auf eine Depression in engerem Sinne zurückzuführen seien. Diese Erklärung überzeugt nicht: Eine rezidivierende depressiven Störung ist durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert (Definition gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10, siehe ICD-10: F33). Bei einer typischen depressiven Episode leidet die betroffene Person unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen (Definition gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10, siehe ICD-10: F32). Ob eine Depression ganz oder teilweise durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst oder verstärkt worden ist, spielt somit bei der Diagnosestellung keine Rolle. Der psychiatrische Sachverständige hat denn auch eingeräumt, dass Symptome vorhanden seien, die auf eine Depression hindeuteten. Zudem hat die RAD-Psychiaterin Dr. J.\_\_\_\_ am 15. April 2011 erklärt, dass die Schlussfolgerung des psychiatrischen Sachverständigen, es seien psychosoziale Faktoren für die seelische Befindlichkeit ausschlaggebend, weshalb keine Depression im engeren Sinne diagnostiziert werden könne, nicht nachvollziehbar sei. Weiter haben die Ärzte der Klinik N.\_\_\_\_ überzeugend dargelegt, dass der andauernde Stress und die psychosozialen Faktoren zwar die Entstehung der depressiven Störung mitverursacht hätten, die psychosoziale Belastungsreaktion jedoch weder ausreiche, den Umfang der Beschwerden beim Eintritt in die Klinik N.\_\_\_\_ noch den phasischen Verlauf zu erklären. Dr. J.\_\_\_\_ hat zudem zu Recht bemängelt, dass im psychiatrischen Teilgutachten beim erhobenen Psychostatus wesentliche Angaben zum Antrieb, zur Konzentration und zum formalen Denken fehlten. Im Gegensatz zum psychiatrischen Teilgutachten weisen die im Recht liegenden Arztberichte des behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_, der Klinik I.\_\_\_\_ und der Klinik N.\_\_\_\_ in qualitativer Hinsicht weder formelle noch materielle Mängel auf: Sie enthalten eine Anamnese (Ausnahme: Klinik N.\_\_\_\_), den psychopathologischen Status und die Diagnosen. Die Berichte sind ausführlich und gut nachvollziehbar. Insgesamt geben sie ein schlüssiges Bild über den psychischen Gesundheitszustand über die Zeitspanne von über vier Jahren wieder (August 2008 bis November 2012). Daran ändert auch nichts, dass die Klinik I.\_\_\_\_ während des dritten stationären Aufenthalts zusätzlich noch psychotische Symptome (Stimmenhören) festgestellt hat; ob solche neben den übrigen Symptomen vorhanden sind, ist für die Frage, ob aufgrund der depressiven Störung eine Arbeitsunfähigkeit besteht, nicht entscheidend. Auch die von der Klinik I.\_\_\_\_ diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit abhängigen, passiv-aggressiven Anteilen können vernachlässigt werden, da diese gemäss der Klinik keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Vor diesem Hintergrund ist rechtsgenügend erwiesen, dass der Beschwerdeführer phasenweise seit Sommer 2008 an einer mittel- bis schwergradigen, rezidivierenden depressiven Störung leidet, dies insbesondere auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass im Sozialversicherungsverfahren der Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit gilt und damit die Anforderungen an den Beweis einer Tatsache weniger hoch als in Zivil- und Strafprozessen sind, wo in der Regel der volle Beweis zu erbringen ist (vgl. BGE 119 V 7, E. 3bb). Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht seit Sommer 2008 an einer mittel- bis schwergradigen rezidivierenden depressiven Störung und seit Dezember 2008/Oktober 2009 an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet.

2.3 In somatischer Hinsicht hat der rheumatologische Sachverständige Dr. K.\_\_\_\_ festgestellt, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen Halbseitenschmerzsyndrom links leide. Es liege eine ausgeprägte Fehlstatik mit antalgischer Schonhaltung im Sinne einer schmerzhaft fixierten, hoch thorakalen Hyperkyphose, verbunden mit Kopfpropulsion und Schulterprotraktion und Entwicklung einer erheblichen muskulären Dysbalance und Dekonditionierung vor. Die Schonhaltung stehe im Zusammenhang mit den Abdominalschmerzen periumbilical bei paraumbilicaler Rezidivhernie. Der Beschwerdeführer versuche, jegliche Spannung auf die Abdominalwand wegen der Schmerzen zu vermeiden. Diese Angaben des rheumatologischen Gutachters überzeugen und sind im Übrigen unbestritten. Es ist folglich auf die Diagnose des rheumatologischen Sachverständigen abzustellen.

2.4 Weiter ist zu prüfen, ob die genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Dr. D.\_\_\_\_ hat am 17. März 2009 angegeben, dass der Beschwerdeführer wegen Kraftlosigkeit, amotivationalem Zustand, mangelnder Aufmerksamkeit, eingeschränkter Denkfähigkeit und fehlendem Antrieb in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit von August bis Dezember 2008 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Klinik I.\_\_\_\_ gab am 19. Mai 2009 an, dass tägliche Schwankungen in der Befindlichkeit, starke regressive Rückzugstendenzen bei bereits kleinen psychischen Belastungen und häufig dadurch ausgelösten Konversions-symptomen mit auftretender Suizidalität bestünden. Das Konzentrations- und Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit seien eingeschränkt. Die Frustrationstoleranz sei gering, es liege eine starke Affekt-labilität vor und die Denkmuster seien rigide und unflexibel. Am 30. Oktober 2009 hat Dr. D.\_\_\_\_ berichtet, dass die stationäre Behandlung in der Klinik I.\_\_\_\_ (Dezember 2008 bis April 2009) wenig gebracht habe. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer wegen mangelnder Konzentrationsfähigkeit sowie der Schmerzen nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten, leichten Tätigkeit sei er ca. eine Stunde, in einem geschützten Rahmen ca. zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig. Seine Leistungsfähigkeit sei um 60 % vermindert. Die RAD-Ärztinnen Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ sind aufgrund des Assessmentgesprächs vom 2. Februar 2010 zum Schluss gekommen, dass aus medizinischer Sicht eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft derzeit nicht vorstellbar sei. Im geschützten Rahmen wäre er objektiv betrachtet wohl anfänglich für zwei Stunden täglich arbeitsfähig. Am 15. April 2011 haben dieselben RAD-Ärztinnen erklärt, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig sei. Die Klinik I.\_\_\_\_ hat am 30. August 2011 berichtet, dass der Beschwerdeführer weiterhin auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Am 11. November 2011 hat die RAD-Psychiaterin Dr. J.\_\_\_\_ festgehalten, dass der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers instabil sei und deshalb die Art und der Umfang einer adaptierten Tätigkeit noch nicht festgelegt werden könne. Dr. D.\_\_\_\_ hat am 11. März 2012 berichtet, dass der Gesundheitszustand stabil, aber miserabel sei. Der Beschwerdeführer sei fast vollständig passiv. Er könne nicht einmal mehr die alltäglichen Lebensverrichtungen selber vornehmen; nur noch die körperliche Hygiene klappe. Er habe

nicht den Eindruck, dass die sechsmonatige Hospitalisation irgendetwas gebracht habe. Es gehe überhaupt nicht vorwärts. Die Klinik N. \_\_\_ hat am 12. November 2012 angegeben, dass der Beschwerdeführer psychomotorisch deutlich verlangsamt sei und dass sowohl Konzentrations- als auch Merkfähigkeitsstörungen bestünden. Der Beschwerdeführer leide unter einer ausgeprägten Anhedonie und Interessenlosigkeit. Eine umfangreiche arbeitstherapeutische Untersuchung im Verlauf der Hospitalisation habe erheblich verminderte Fähigkeiten in allen geprüften Bereichen gezeigt. Es bestünden deutliche Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen; teilweise sei die Auffassungsgabe bei einfachen Instruktionen gestört. Eine Integration des Beschwerdeführers sei höchstens im geschützten Rahmen möglich. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die behandelnden Psychiater seit Sommer 2008 durchwegs von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen sind. Die behandelnden Psychiater haben die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit stringent und detailliert umschrieben. Der letzte stationäre Aufenthalt in der Klinik N. \_\_\_ hat noch einmal eindrücklich gezeigt, dass der Beschwerdeführer in seinem Konzentrations- und Auffassungsvermögen, seiner Anpassungsfähigkeit sowie seiner Belastbarkeit stark eingeschränkt ist und sogar mit der Erledigung einfachsten Aufgaben überfordert ist. Hinzu kommt, dass sich der psychische Gesundheitszustand trotz intensiver psychiatrischer Therapien, insbesondere vier stationären, mehrmonatigen Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken nie längerfristig wesentlich verbessert hat. Es muss daher mit den behandelnden Psychiatern davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer seit Sommer 2008 wegen der rezidivierenden, mittel- bis schwergradigen depressiven Störung zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der RAD-Ärztinnen, wonach der Beschwerdeführer trotz dieser Symptome in einer adaptierten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Einerseits haben sie ihre Einschätzung nicht begründet. Andererseits hat sich der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Aussage der RAD-Ärztinnen in stationärer Behandlung befunden. Die RAD-Ärztinnen haben ihre Einschätzung im November 2011 dann auch quasi widerrufen, indem sie erklärt haben, dass der psychische Zustand instabil sei und die Art und der Umfang einer adaptierten Tätigkeit noch nicht festgelegt werden könne. Dass sich die oben umschriebene, stark ausgeprägte Symptomatik (Konzentrations- und Auffassungsstörungen etc.) nicht durch eine "zumutbare" Willensanstrengung überwinden lässt, ist offenkundig und insbesondere durch die gescheiterten, intensiven Therapieversuche belegt, zumal die behandelnden Ärzte immer wieder betont haben, dass sich der Beschwerdeführer in der Therapie durchaus motiviert und kooperativ gezeigt habe (vgl. z.B. Bericht der Klinik I. \_\_\_, IV-act. 37 - 8, Bericht von Dr. D. \_\_\_, IV-act. 42 - 4 und Bericht der Klinik N. \_\_\_, IV-act. 112 - 3). Die sog. "Schmerzpraxis" des Bundesgerichts ist vorliegend nicht anwendbar, da sich die depressive Störung vor der somatoformen Schmerzstörung entwickelt hat und darüber hinaus schon allein aufgrund ihres Schweregrades als eigenständiges psychisches Leiden qualifiziert werden muss. Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Sachverständigen Dr. L. \_\_\_ sowie die Ausführungen der RAD-Psychiaterin Dr. M. \_\_\_ ist folgendes anzumerken: Was der Auslöser einer psychischen Erkrankung gewesen ist, spielt für die Frage, welche Arbeitsleistungen einer versicherten Person noch zugemutet werden können, keine Rolle. Entscheidend ist einzig, ob die durch die (psychische) Erkrankung bedingte Symptomatik die Arbeitsfähigkeit einschränkt oder nicht. Die Aussage von Dr. M. \_\_\_, der Beschwerdeführer sei aus rein medizinischer Sicht in jeglicher Tätigkeit nicht arbeitsfähig, aus versicherungsmedizinischer bestehe jedoch eine 80 %ige

Arbeitsfähigkeit adaptiert, ist somit in sich widersprüchlich und weist deshalb keinen Beweiswert auf. Ob der Beschwerdeführer neben der depressiven Störung auch wegen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt gewesen ist, kann angesichts der bereits allein gestützt auf die depressive Störung ausgewiesenen 100 %igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit offen gelassen werden.

2.5 Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf als Maschinenführer auch aus somatischer Sicht seit der letzten Umbilicalhernienoperation im März 2008 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist, da es sich bei dieser Tätigkeit um eine körperlich zumeist schwere Arbeit in rückenhygienisch ungünstigen Arbeitspositionen handelt. Der rheumatologische Sachverständige hat erklärt, dass dem Beschwerdeführer körperlich leichte Arbeiten ganztags zumutbar seien. Seine Leistungsfähigkeit sei jedoch um 20 % eingeschränkt, da er schmerzbedingt vermehrte Pausen benötige und ein langsames Arbeitstempo vorweise. Der rheumatologische Sachverständige hat in seinem Teilgutachten jedoch darauf hingewiesen, dass ein Hernienspezialist beurteilen müsse, ob bzw. wie weit der Beschwerdeführer wegen der Herniensituation abdominal weitergehend eingeschränkt sei; er selbst sei hierzu nicht kompetent. Zudem müsste noch einmal die Behandlungsmassnahme des vermuteten Nabelhernienrezidivs diskutiert werden. Im Hauptgutachten, welches von einem Allgemeinmediziner und einem anderen Rheumatologen unterzeichnet worden ist, ist demgegenüber festgehalten worden, dass auch durch eine erneute Hernienoperation keine wesentliche Besserung der Gesamtsituation zu erwarten sei. Eine zusätzliche Einschränkung der aus rheumatologischer Sicht attestierten Restarbeitsfähigkeit von 80 % lasse sich gemäss ihrer Einschätzung nicht begründen. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung aus somatischer Sicht überzeugt nicht: Es ist nicht einzusehen, weshalb die das Hauptgutachten unterzeichnenden Ärzte, bei denen es sich nicht um Hernienspezialisten handelt, die Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf die Herniensituation abdominal ohne Weiteres einschätzen können sollen, während sich der rheumatologische Sachverständige hierzu nicht als kompetent erachtet hat. Auch nicht nachvollziehbar ist, weshalb die unterzeichnenden Ärzte von vornherein eine Besserung der Gesamtsituation durch eine erneute Hernienoperation ausschliessen, obwohl als Ursache des chronische Halbseitenschmerzsyndroms links nachweislich die Schonhaltung wegen der Abdominalschmerzen angesehen worden ist und zumindest ein (der Beschwerdeführer spricht von zwei) Hernienspezialist eine erneute Operation als klar indiziert erachtet hat. Die Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit somit nicht rechtsgenügend ermittelt. Sie hat dadurch gegen ihre Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG verstossen. Da der Beschwerdeführer jedoch bereits aufgrund der depressiven Störung in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ist, ist von einer Rückweisung der Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung der somatischen Seite abzusehen.

2.6 Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 0.-- beträgt der IV-Grad, egal wie hoch das Valideneinkommen ist, 100 %. Der Beschwerdeführer hat folglich Anspruch auf eine ganze Rente.

2.7 Schliesslich ist noch zu prüfen, ab wann der Anspruch auf eine ganze Rente bestanden ist. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Nun ist aber nach dem (lückenfüllend geschaffenen) Übergangsrecht der 5. IV-Revision die altrechtliche Regelung des Rentenbeginns weiter anzuwenden, sofern das Wartejahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens (1. Januar 2008) zu laufen begonnen hat und die Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 erfolgt ist (vgl. das vom Bundesamt für Sozialversicherungen

herausgegebene IV-Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 sowie die Modifikation in BGE 138 V 475). Der Beschwerdeführer ist erst im Oktober 2008 zur Früherfassung angemeldet worden, so dass nicht die altrechtliche, sondern die aktuelle Regelung des Rentenbeginns anwendbar ist. Unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Wartefrist des Art. 29 Abs. 1 IVG (frühestmöglicher Anspruchsbeginn: 1. April 2009) kann das Wartejahr frühestens im April 2008 zu laufen begonnen haben: Der Beschwerdeführer hat sich am 17. März 2008 der dritten Umbilikalhernien-Operation unterzogen. Postoperativ ist es zu einem Wundinfekt gekommen, welcher am 31. März 2008 behandelt worden ist. Wegen eines persistierenden Infektes und einem fehlenden Wundverschluss ist der Abszess am 20. Juni 2008 débridiert und exzidiert worden. Unter antibiotischer Behandlung ist es in der Folge zu einer Abheilung gekommen (IV-act. 26 - 8). Der Beschwerdeführer ist somit bis im Sommer 2008 wegen der Hernienproblematik auch in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsunfähig gewesen. Die depressionsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist ebenfalls im Sommer 2008 eingetreten. Insbesondere auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich eine depressive Störung über einen gewissen Zeitraum entwickelt und sich der Beschwerdeführer im August 2008 erstmals in psychiatrische Behandlung begeben hat, ist davon auszugehen, dass sich die somatisch und die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit überschneiden haben, d.h. dass ab März 2008 durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit bestanden hat. Das Wartejahr hat somit am 1. April 2008 zu laufen begonnen. Der Rentenanspruch besteht folglich ab 1. April 2009. 2.8 Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2009 eine ganze Rente zuzusprechen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

### **E. 3**

3.1 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 Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

3.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxisgemäss eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer entsprechend mit Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 12. März 2013 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2009 eine ganze Rente zugesprochen; die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 3. Die

Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

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