



**Fall-Nr.:** IV 2007/107  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.06.2020  
**Entscheiddatum:** 07.02.2008

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.02.2008**

**Art. 8 Abs. 1 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 61 lit. c ATSG, Art. 28 Abs. 1 IVG.  
Nachweis der rentenspezifischen Invalidität (Entscheid des  
Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Februar 2008, IV  
2007/107).**

Versicherungsrichterinnen Lisbeth Mattle Frei (Vorsitz) und Monika Gehrler,  
Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 7. Februar 2008

in Sachen

F.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Regula Schwaller, Rechtsberatung, Rütistrasse 45, 8032 Zürich,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:



A.

F.\_\_\_\_ meldete sich am 16. August 2005 zum Bezug einer Invalidenrente an. Dr. med. A.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 1. September 2005, er behandle den Versicherten erst seit kurzer Zeit. Deshalb müsse sich die IV-Stelle an die Ärzte wenden, die den Versicherten früher behandelt hätten. Das Spital B.\_\_\_\_ übermittelte der IV-Stelle seinen Austrittsbericht vom 10. August 2005 betreffend eine Hospitalisation des Versicherten vom 14. Juli bis 5. August 2005, welcher der Einholung einer Zweitmeinung betreffend das chronische Lumbovertebralsyndrom gedient hatte. In diesem Austrittsbericht hatte das Spital B.\_\_\_\_ folgende Diagnose angegeben: chronisches Lumbovertebralsyndrom bei mediolateraler Protrusion der Bandscheiben Th12/S1, kleine breitbasige Protrusion L1/2, mittelständige leicht rechtsbetonte Protrusion L5/S1 und DD beginnender Morbus Bechterew, depressive Entwicklung mit Verdacht auf Somatisierungstendenz und Panikstörung, Verdacht auf Hämorrhoidalleiden, beginnende Gonarthrose links > rechts mit/bei Verdacht auf femoropatelläre Chondromalazie, St. n. Virusinfekt mit Begleitmeningitis (11/04) und St. n. Exzision eines Atheroms interscapulär am Rücken (11/04). Die berichtenden Ärzte führten dazu aus, die Untersuchung des Bewegungsapparates sei bis auf einen leichten Palpationsschmerz im Mittelbauch unauffällig gewesen. Der Zehen- und Fersengang, die Lasègueprüfung, die Sensibilität und die Reflexe seien an allen Extremitäten ohne pathologischen Befund gewesen. Aufgrund des Verdachts auf eine Somatisierungsproblematik und auf eine depressive Entwicklung sei dringend eine psychiatrische Beurteilung vorzunehmen. Der Arbeitgeber des Versicherten, die J.\_\_\_\_ AG, teilte der IV-Stelle am 15. September 2005 mit, sie beschäftige den Versicherten seit Januar 2004 als 'Bauarbeiter Erdbau'. Der frühere Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.\_\_\_\_, reichte trotz mehrfacher Aufforderung keinen Bericht ein. Der Versicherte übermittelte der IV-Stelle am 7. April 2006 ein Zeugnis von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2006. Gemäss diesem Zeugnis litt der Versicherte an einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom mit einem rezidivierenden lumboradikulären Reizsyndrom S1 rechts bei rechtsbetonter Protrusion L5/S1, breitbasiger Protrusion L1/2 und ventralen Spondylosen L1/L3, an einer beginnenden Gonarthrose beidseits und an einer depressiven Entwicklung mit Somatisierungstendenz. Klinisch bestünden eine dermatombedingte Hyposensibilität S1 rechts sowie Lasègue bei 40° positiv rechts als Zeichen des radikulären Reizzustandes. Ansonsten hätten keine sensomotorischen Defizite nachgewiesen



werden können. Es bestehe eine kyphoskotische Fehlhaltung mit ausgedehnten muskulären Verspannungen. Wegen der Rückenschmerzen sei der Versicherte ausserhalb der Wohnung auf einen Stock angewiesen, da er während der Belastung zunehmende Lumboischialgien verspüre. Aufgrund der therapieresistenten Schmerzen bestünden ein depressives Zustandsbild mit Panikattacken und eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung. In einer adaptierten Tätigkeit ohne Rückenbelastung sei ein Halbtagespensum zumutbar.

B.

B.a Am 10. Juli 2006 beauftragte die IV-Stelle das ABI in Basel mit einer interdisziplinären Abklärung des Versicherten. Das ABI berichtete im rheumatologischen Teil seines Gutachtens vom 27. Oktober 2006, das aktuelle Beschwerdebild bestehe seit anfangs November 2004 (stationärer Aufenthalt im Spital B.\_\_\_\_). Seither persistiere es. Eine stationäre Rehabilitation in der Klinik Valens habe subjektiv sogar zu einer Beschwerdezunahme geführt. Multiple medikamentöse Massnahmen einschliesslich NSAID, peroralen Steroiden und Morphinderivaten hätten keinerlei Beschwerdelinderung bewirkt. Die aktuelle Medikation (Tramadol 50mg zwei- bis viermal täglich) sei subjektiv ohne Effekt. Der Schlaf sei grundsätzlich gut, aber häufig stark gestört durch Schmerzen im Bereich Hinterkopf, Ellbogen, Knie und OSG. Subjektiv im Vordergrund stünden lumbale Rückenschmerzen mit linksbetonter Ausdehnung in die Beckenregion bis zum proximalen Oberschenkel, Beschwerden insbesondere beim Stehen und Gehen, teilweise aber auch Ruheschmerzen. Dazu kämen Schmerzen in den Kniegelenken links > rechts, im Sprunggelenks- und Rückfussbereich beidseits, in der Nacken- und Hinterkopfregion, in beiden Ellbogen und in beiden Handgelenken links > rechts. Trotz umfangreicher Untersuchungen hätten in der Vergangenheit keine objektivierbaren Befunde erhoben werden können, die das subjektiv hochgradige Schmerzsyndrom mit ausgeprägter konsekutiver Behinderung begründet hätten. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei insbesondere eine massive schmerzbedingte Gehbehinderung aufgefallen (zwei Gehstöcke, ausgeprägtes Entlastungshinken links). Die Prüfung der Beweglichkeit der LWS sei wegen schmerzbedingten Gegeninnervationen nicht konklusiv möglich gewesen. Formal habe eine allseitige, deutliche Einschränkung bestanden. Eine Prüfung des Fingerbodenabstandes sei ebenfalls nicht möglich gewesen. Bei



Inklination des Oberkörpers habe sich der Versicherte auf eine Stuhllehne abgestützt. Es hätten sich erhebliche Inkonsistenzen gezeigt. In liegender Position sei die Bewegungsprüfung der Hüft- und Kniegelenke wegen sofortiger Provokation von starken Lumbalschmerzen nicht möglich gewesen. Der Versicherte habe aber problemlos am Bettrand sitzen können mit schmerzfreier Hüft- und Knieflexion von mindestens 90°. Bei der Prüfung des Lasèguezeichens sei es beidseits nach wenigen Graden zu einer unüberwindbaren Gegeninnervation gekommen. Der Langsitz mit vollständig gestreckten Kniegelenken sei jedoch problemlos möglich gewesen. Bei der neurologischen Untersuchung seien gesteigerter PSR links und ein stark gesteigerter ASR links mit intermittierendem Klonus aufgefallen. Eine Kraftprüfung der Hüftflektoren links sei wegen eines schmerzbedingten Giving-way nicht möglich gewesen. In allen übrigen Myotomen an beiden Beinen und Armen habe keine Parese vorgelegen. Im Bereich des linken Beins bestehe eine muskuläre Atrophie. Von den achtzehn Tenderpoints der Fibromyalgie seien lediglich zehn druckdolent gewesen. Das eindrückliche klinische Bild mit hochgradiger Schmerzsymptomatik bei der Prüfung der lumbalen Wirbelsäule sowie der Knie- und Hüftgelenke mit muskulärer Atrophie am linken Bein und ausgeprägtem Schonhinken links lasse zunächst an eine Pathologie im Bereich der LWS mit neuraler Kompromittierung denken. Angesichts der früheren Untersuchungen mit wiederholt normalen elektrophysiologischen Abklärungen und fehlenden Hinweisen auf ein lumboradikuläres Syndrom sei diese Möglichkeit jedoch auszuschliessen. Auch die vorhandenen radiologischen Abklärungen des Bewegungsapparates hätten keine Befunde ergeben, die als objektives Korrelat für die starke subjektive Beschwerdesymptomatik angesehen werden könnten. Das klinische Gesamtbild sei sehr atypisch für ein Fibromyalgiesyndrom. Es fehlten Schmerzen an der vorderen Thoraxwand und aktuell seien auch nur zehn Tenderpoints druckdolent. Umfangreiche Laboruntersuchungen hätten keine Hinweise für eine entzündlich-rheumatologische Affektion ergeben. Das Beschwerdebild entspreche in keiner Weise der zu erwartenden Symptomatik einer Kollagenose bzw. einer entzündlichen Arthropathie oder einer entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung. Aus rheumatologischer Sicht weit im Vordergrund stehe deshalb die differentialdiagnostische Möglichkeit, dass es im Rahmen einer Schmerzchronifizierung zu einem Schonverhalten mit konsekutiver muskulärer Atrophie im Bereich des linken Beins sowie zu einer Schmerzfixierung und einer Tendenz zur Schmerzgeneralisierung gekommen sei. Die



## St.Galler Gerichte

objektivierbaren und somatischen Befunde hätten lediglich eine mässiggradig eingeschränkte Belastbarkeit der Wirbelsäule und des linken Beins zur Folge. In einer körperlich leichten, geeigneten Tätigkeit mit nur leichter Rückenbelastung und der Möglichkeit, die Position zu wechseln, könne aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

B.b Der psychiatrische Gutachter des ABI berichtete im Gutachten, der Versicherte leide an einer Schmerzverarbeitungsstörung. Dabei handle es sich nicht um eine Diagnose nach ICD-10. Die Schmerzen könnten nicht ausreichend objektiviert werden. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den somatischen Befunden und der subjektiven Krankheitsüberzeugung. Deshalb müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Es lägen aber keine langanhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren vor. Es handle sich auch nicht um ein Rentenbegehren. Somit könne weder die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung noch diejenige der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose) gestellt werden. Weitere depressive Symptome hätten nicht festgestellt werden können. Der Versicherte stehe in psychotherapeutischer Behandlung, allerdings ohne medikamentöse Therapie. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Durch seine Krankheit erhalte der Versicherte Zuwendung von seiner Familie und seine Ehefrau lebe wieder bei ihm (sekundärer Krankheitsgewinn). Die Einschränkungen seien krankheitsfremd. Die anlässlich der Hospitalisation im Jahr 2005 festgestellte depressive Entwicklung mit Verdacht auf Somatisierungsstörung und Panikstörung habe nicht bestätigt werden können. Der Versicherte leide weder an einer Angststörung noch an Panikattacken. Es sei nicht ausgeschlossen, dass die psychotherapeutische Behandlung eine depressive Störung geheilt habe. Durch ein sedierendes Antidepressivum auf die Nacht könnten die Schlafschwierigkeiten gebessert und eine gewisse Schmerzdistanzierung erreicht werden. Analgetika vom Opiattyp zeigten bei körperlich nicht begründbaren Schmerzen keine Wirkung.

B.c Die Gesamtdiagnose lautete: linksbetontes Schmerzsyndrom der Lenden- und Beckenregion bei mässiggradigen degenerativen Veränderungen der LWS und radiologisch St. n. M. Scheuermann im thorakolumbalen Übergangsbereich, bei Schmerzchronifizierung, Schonverhalten und antalgischem Schonhinken links mit



konsekutiver muskulärer Atrophie sowie bei Tendenz zu Schmerzgeneralisierung mit Zervikalgien und multiplen Arthralgien, ausserdem (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) Schmerzverarbeitungsstörung, Tinnitus beidseits bei leichter Hochtonschwerhörigkeit und arterieller Hypertonie (DD: Weisskittelkomponente). Nach der Einschätzung der Gutachter waren dem Versicherten körperlich leichte, dem Leiden angepasste Tätigkeiten uneingeschränkt ganztags zumutbar.

C.

Mit einem Vorbescheid vom 14. November 2006 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie sein Rentenbegehren abweisen werde. Der Invaliditätsgrad betrage lediglich 9%, denn in einer behinderungsadaptierten Erwerbstätigkeit könnte er ein Einkommen erzielen, das nur 9% unter dem Valideneinkommen als Bauhilfsarbeiter läge. Der Versicherte reichte der IV-Stelle u.a. zwei Zeugnisse von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 13. September und vom 8. November 2006 ein, laut denen er an einer klassischen Fibromyalgie mit einer erheblichen reaktiven psychischen Überlagerung litt und deshalb vollständig arbeitsunfähig war. Der Versicherte wandte am 22. November 2006 sinngemäss ein, das ABI arbeite ausschliesslich im Interesse der Versicherung, seine Schlussfolgerungen seien absurd. Wenn die Ärzte des ABI das Krankheitsbild nicht erklären könnten, könne man die radiologisch ausgewiesenen Befunde nicht übersehen. Die Diagnose einer bereits lange andauernden akuten Fibromyalgie sei überzeugend. Er werde ein erweitertes Konsil durch Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ in Auftrag geben. Beim behandelnden Psychiater sei ein Bericht zum Gutachten des ABI einzuholen. Die IV-Stelle wies das Rentenbegehren am 25. Januar 2007 ab, ohne den Bericht von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ abgewartet oder einen Bericht des behandelnden Psychiaters eingeholt zu haben.

D.

D.a Der Versicherte erhob am 1. März 2007 Beschwerde gegen diese Abweisungsverfügung. Er stellte den Antrag, die Verfügung vom 25. Januar 2007 sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Ausserdem sei der in der Einsprache vom 22. November 2006 gestellte Antrag zu schützen. Eventualiter sei die Sache zur Ergänzung und Neuentscheidung



## St.Galler Gerichte

zurückzuweisen. Der Versicherte begründete seinen Hauptantrag damit, dass er wegen einer Fibromyalgie in jeder Erwerbstätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sei. Mit dem in der "Einsprache" gestellten Antrag meinte er offensichtlich den Beizug der Berichte von Dr. med. H.\_\_\_\_ (behandelnder Psychiater) und Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_. Am 3. Mai 2007 reichte der Versicherte je einen Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ und von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ an Dr. med. J.\_\_\_\_ ein.

D.b Dr. med. I.\_\_\_\_ hatte am 28. Februar 2007 ausgeführt, aufgrund einer Quadrizepsparese links und einer Fussheberparese links sei am 26. Februar 2007 eine MRI-Abklärung vorgenommen worden. Diese Abklärung habe eine fortgeschrittene multisegmentale Diskusdegeneration bei L1 bis L3 und L5/S1 aufgezeigt. Ausserdem lägen ein dorsaler Anulusriss und eine nichtfokale Diskusprotrusion im letztgenannten Segment vor. Beide Nervenwurzeln S1 würden tangiert. Es liege aber weder eine Spinalkanalstenose noch eine eindeutige Nervenwurzelkompression vor.

D.c Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ hatte Dr. med. J.\_\_\_\_ am 12. April 2007 berichtet, der Versicherte leide 1. an einem chronisch-schmerzhaften, bereits durch leichte Belastungen zusätzlich irritierbaren ligamentärbetonten Irritationszustand (gewebliche Überempfindlichkeit des Beckengürtels links > rechts sowie der distalen Hälfte der LWS mit deutlich schmerzhaften Myosen, Schmerzausstrahlungen, Atrophie der Ober- und Unterschenkelmuskulatur samt Willkürinnervationsschwäche und auffällig verändertem Ruhetonus sowie mit Bewegungseinschränkungen der Hüftgelenke ohne arthrosetypisches Beschwerdebild, ohne ISG-Blockierungen und ohne neurologische Defizite bei Osteochondrosen L1/2 und L2/3 samt ventralen Knochenspannungen und einem Anulusriss L5/S1 mit Tangierung der beiden Wurzeln S1, 2. an einer leichtgradigen Fehlform der Wirbelsäule mit einem nächtlicherweise auftretenden Thoracic-outlet-Syndrom ohne neurologische Defizite sensibler Art der Unterschenkel und Füsse und ohne Hinweise auf eine Skoliose, 3. an einer anamnestisch progredient auftretenden fleckförmig manifesten generalisierten Myotendinose bzw. Fibromyalgie mit schwerpunktmässigen Manifestationen innerhalb des dorsalen Schultergürtels, der Schultergelenksmäntel, der Ellbogen und der Knie, zusätzlich Anthralgien (z.B. der Fingergelenke), lediglich vereinzelt Muskelverkürzungen und chronisch gewordenen Einschlaf- und Durchschlafstörungen ohne regelmässig auftretende Kopfschmerzen, ohne Dysurie und ohne Xerophthalmie, 4. an einer Anpassungsstörung in Form einer



generellen geweblichen und emotionalen Überempfindlichkeit mit auffälliger/hilfloser Körpersprache, zu vermutenden Existenzängsten, fehlender Tagesstruktur, Aspekten einer Pseudoneurasthenie (rasche Erschöpfbarkeit) ohne Hinweise auf eine major depression, 5. an einer Livedo racemosa und 6. an einem beidseitigen Tinnitus bei leichter Hochtonschwerhörigkeit.

D.d Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ führte weiter aus, der Versicherte klage über während des Sitzens zunehmende und unter Entlastung im Liegen wieder abnehmende Hauptschmerzen in der unteren Hälfte der LWS sowie im lumbovertebralen Übergang. Ausgehend vom Beckengürtelbereich dehnten sich die Schmerzen stetig sowohl im Stehen wie im Sitzen oder Liegen in beide Beine aus, wobei am linken Bein gleichzeitig eine auffällige Kraftminderung (Stabilisierung des Kniegelenks) auftrete. Im Liegen trete ein Einschlafen der Beine auf. Der Versicherte klage ausserdem über Schmerzen in der Nackenregion, in den Ellbogen, teilweise in den Fingergelenken. Beim Gehen und Stehen werde das linke Bein unter Stockeinsatz systematisch entlastet. Der Versicherte könnte 15 bis 20 Min. gehen. Nachts sei der Versicherte gezwungen, immer wieder die Liegeposition zu wechseln, um dem sich entwickelnden Schmerz und den Missempfindungen auszuweichen. Am Morgen dominierten die Schmerzen, die dann im Tagesverlauf etwas nachliessen. Der Schmerzverlauf tagsüber variere von Tag zu Tag ausserordentlich stark. Es trete keine Verstärkung gegen Abend auf. Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ vertrat die Auffassung, dass sich mit Sicherheit im grossen Rahmen einer generalisierten weichteilrheumatischen Erkrankung (Fibromyalgie) ein ligamentärer Irritationszustand entwickelt habe, der sich insbesondere im linken Hüftgelenk und dabei innerhalb des Flexions-Adduktionsbogens der beiden ISG-Gelenke, des lumbosakralen Übergangs und in Form schmerzhafter Ansatzentendinosen über dem Trochanter major manifestiere. Die muskulären Befunde stünden hinter den ligamentären Befunden zurück. Anamnestisch gehörten zur Fibromyalgie deren Beginn im Nacken mit Ausbreitung nach kaudal, die chronischen Schlafstörungen, die Positivität zahlreicher Tenderpoints und Arthralgien, die nicht auf Arthritiden beruhten. Die klinisch dominierende Schwäche des linken Beins basiere wahrscheinlich auf schmerzreflektorischen Hemmungen der Willkürmotorik und nicht auf neurologischen oder myologischen Befunden bzw. Ausfällen. Die sicherlich reaktive psychische Entwicklung zeige derzeit eine verzweifelte Asthenie mit Komponenten zu vermutender existenzieller Ängste, eines Vertrauensverlusts in die noch vorhandenen körperlichen



Ressourcen und einer generellen Hilflosigkeit im Verständnis der gesundheitlichen Entwicklung. Der Versicherte sei nicht arbeitsfähig, denn er könne nicht ruhig stehen oder sitzen. Damit sei er nicht fähig, eine produktive Arbeit über mehr als 15 bis 20 Min. am Stück zu verrichten.

E.

Der zuständige Arzt des RAD Ostschweiz hielt dazu am 31. Mai 2007 fest, der Befund der MRI-Untersuchung vom 26. Februar 2007 entspreche demjenigen der Untersuchung vom 1. März 2005. Die ventralen Spangenbildungen bei LWK 1/2 bzw. LWK 2/3 sowie die Degeneration der Bandscheibenetagen sei bereits dort beschrieben worden. Das MRI vom 31. Mai 2007 liefere also keine neuen medizinischen Aspekte. Das gelte auch für das Konsilium von Prof. Dr. med. G. \_\_\_ vom 12. April 2007. Die relevanten Untersuchungsbefunde bezögen sich im Wesentlichen auf die Weichteilgewebe der Sehnen, Bänder und Muskeln ohne eindeutiges objektives Korrelat zu den geklagten Beschwerden und Funktionsstörungen. Die Untersuchungsgänge hätten dezent variiert, ebenso die Befundformulierung und die entsprechende Beurteilung sowie die Befundinterpretation. Weitere organische Strukturen oder Pathologien seien jedoch nicht angesprochen worden. Es liege also keine richtungweisende Veränderung des Sachverhalts vor, welche das Gutachten des ABl in Frage stellen könnte. Die IV-Stelle beantragte am 1. Juni 2007 die Abweisung der Beschwerde. Sie stützte sich insbesondere auf die höchstrichterliche Rechtsprechung, laut der die durch eine somatoforme Schmerzstörung oder durch eine Fibromyalgie ausgelösten Schmerzen zumutbarerweise überwunden werden könnten.

F.

Der Versicherte reichte am 19. Juni 2007 einen Bericht von Dr. med. H. \_\_\_ vom 14. Juni 2007 ein. Gemäss diesem Bericht litt der Versicherte an einem starken, sich ausbreitenden generalisierten und therapieresistenten fibromyalgiformen Schmerzsyndrom mit invalidisierendem Verlauf. Aufgrund der Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den objektiven Befunden ging Dr. med. H. \_\_\_ von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus. Er gab an, die Schmerzen nähmen



## St.Galler Gerichte

den Versicherten so in Anspruch, dass das ganze Leben darauf zentriert sei. Ausserdem bestehe eine Anpassungsstörung mit der Komponente einer Depression und eines Erschöpfungssyndroms (anhaltende Müdigkeit und Schwäche bereits nach geringer körperlicher Anstrengung, Benommenheit, innere Anspannung, Reizbarkeit, hypochondrische Ängste, eingegengtes Denken, zeitweise Suizidgedanken, sozialer Rückzug, Schlafstörungen). Die Anpassungsstörung sei als längere depressive Reaktion zu qualifizieren. Bekanntlich sei die Fibromyalgie häufig mit einem Erschöpfungs- und depressiven Syndrom assoziiert. Auch für körperlich angepasste Tätigkeiten sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Der Versicherte beharrte in seiner Replik vom 19. Juni 2007 darauf, dass die Einschätzungen von Dr. med. E.\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_ und Prof. Dr. G.\_\_\_\_ überzeugender seien als die Einschätzung der Gutachter des ABI bzw. des zuständigen Arztes des RAD Ostschweiz.

G.

Die IV-Stelle erklärte am 26. Juni 2007, sie halte an ihrem Abweisungsbegehren fest.

H.

Am 9. Juli 2007 reichte der Versicherte einen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2007 ein, laut dem nun das Vollbild einer Fibromyalgie mit achtzehn Tenderpoints vorlag. Dr. med. E.\_\_\_\_ vertrat die Auffassung, eine stationäre Behandlung in einer Rehaklinik oder in einer Schmerzklinik sei angezeigt. Der Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig. Am 7. Dezember 2007 teilte Dr. med. H.\_\_\_\_ mit, dass sich das psychische Zustandsbild massiv verschlechtert habe.

Erwägungen:

1.

Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung wird zum



Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung der zumutbaren Invalideneinkommens - und damit i.d.R. auch ausschlaggebendes Element der Invaliditätsbemessung - ist die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsadaptierten Erwerbstätigkeit. Die Beschwerdegegnerin hat diesbezüglich auf das Gutachten des ABI vom 27. Oktober 2006 abgestellt, laut welchem der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten, leidensadaptierten Erwerbstätigkeit zu 100% arbeitsfähig sein soll. Der Beschwerdeführer hält dem die Einschätzungen der behandelnden Ärzte und insbesondere das Konsilium von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 12. April 2007 entgegen, die alle von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Erwerbstätigkeit ausgehen. Diese massive Differenz in den Arbeitsfähigkeitsschätzungen lässt sich nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nach der Abklärung durch das ABI am 13. September 2006 zurückführen. Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ hat zwar von einer progredient über die Zeit summiert aufgetretenen Fibromyalgie gesprochen. Er hat dies aber auf den gesamten Zeitraum seit dem erstmaligen Auftreten der Symptome im Jahr 2004 bezogen. In seinem Konsilium lässt nichts darauf schliessen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in den sechs Monaten zwischen der Abklärung durch das ABI und der Untersuchung vom 20. März 2007 verschlechtert hätte. Die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers gegenüber den Gutachtern des ABI und gegenüber Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ decken sich nicht nur in bezug auf die Art und die Lokalisation, sondern auch in bezug auf die Intensität der Beschwerden. Im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2007 findet sich ebenfalls kein Hinweis auf eine relevante Verschlechterung des Zustandes des Beschwerdeführers nach dem 13. September 2006. Am 7. Dezember 2007 hat Dr. med. H.\_\_\_\_ zwar eine Verschlimmerung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers angegeben, aber diese Veränderung ist nach der hier massgebenden Periode, d.h. nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung eingetreten. Ausserdem hat es sich um eine vorübergehende Verschlechterung gehandelt. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass die Diskrepanz in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf eine unterschiedliche Beurteilung eines im wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes zurückzuführen ist.



2.

Nach der Auffassung des Bundesgerichts kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativexpertise in Frage zu stellen und zum Anlass zu nehmen, weitere Abklärungen durchzuführen, nur weil der behandelnde Arzt eine abweichende Auffassung vertritt, es sei denn, der behandelnde Arzt bringe objektiv feststellbare Gesichtspunkte vor, die im Rahmen der Administrativbegutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 18. April 2006, I 783/05, Erw. 2.2 m.H.). Würde man diese Rechtsprechung - ihrem verfestigten Wortlaut nach - ernst nehmen, käme ihr die Eigenschaft einer die freie Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) beschneidenden Beweisregel zu: Administrativgutachten, denen keine Unvollständigkeit nachgewiesen werden könnte, würden immer den angegebenen medizinischen Inhalt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegen. Es wäre dem Rechtsanwender - und damit auch dem Gericht - nicht mehr erlaubt, abweichende medizinische Sachverhaltsdarstellungen als so überzeugend zu qualifizieren, dass sie die Überzeugungskraft des Administrativgutachtens erschüttern oder das Administrativgutachten sogar widerlegen würden. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen geht demgegenüber insbesondere unter Verweis auf die Erfahrungstatsache, dass es kein generelles fachliches Kompetenzgefälle zwischen medizinischen Sachverständigen/Gutachtern einerseits und behandelnden Ärzten andererseits gibt, weiterhin davon aus, dass Administrativgutachten nicht per se vollen Beweiswert aufweisen. Auch wenn ein behandelnder Arzt oder ein Privatgutachter keinen erheblichen medizinischen Gesichtspunkt aufzeigen kann, der von den Administrativgutachtern übersehen worden ist, kann die abweichende Einschätzung des behandelnden Arztes oder des Privatgutachters also beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen so grosse Zweifel an der Richtigkeit des Administrativgutachtens wecken, dass sich das Gericht bei der Beurteilung nicht direkt und ausschliesslich auf das Administrativgutachten stützt (vgl. das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Oktober 2007, IV 2006/162). Die Beweiswürdigung kann sich also im vorliegenden Fall nicht darauf beschränken, das Gutachten des ABI unter Verweis auf die Tatsache, dass es von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegeben worden ist und dass die behandelnden Ärzte und Prof. Dr. med. G. \_\_\_ keine von den Gutachtern des ABI übersehenen



medizinischen Umstände vorgebracht haben, als vollumfänglich überzeugend zu qualifizieren und allen abweichenden medizinischen Einschätzungen zum vornherein jede Überzeugungskraft abzusprechen. Die abweichenden Angaben von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, von Dr. med. E.\_\_\_\_ und von Dr. med. H.\_\_\_\_ sind also darauf zu prüfen, ob sie erhebliche Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens des ABI zu wecken oder ob sie sogar eine Arbeitsunfähigkeit von 100% als überwiegend wahrscheinlich zu belegen vermögen.

3.

3.1 Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_, Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ stützen ihre Auffassung, dass der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig sei, auf die Diagnose einer Fibromyalgie bzw. einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung geht sowohl in bezug auf die somatoforme Schmerzstörung (BGE 130 V 352 ff.) als auch in bezug auf die Fibromyalgie (BGE 132 V 65 ff.) davon aus, dass die subjektiv empfundene Schmerzsituation mit einer zumutbaren Willensanstrengung normalerweise überwunden, d.h. dass die Arbeit vollumfänglich wieder aufgenommen werden könne. Etwas anderes gilt nach der Auffassung des Bundesgerichts nur dann, wenn die Schmerzüberwindung aufgrund eines zur somatoformen Schmerzstörung oder zur Fibromyalgie hinzutretenden, qualifizierenden Sachumstandes nicht zumutbar ist. Das ist dann der Fall, wenn daneben weitere erhebliche psychische oder körperliche Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen, wenn die Krankheit bereits seit langer Zeit im gleichen Ausmass besteht oder sogar progredient ist und trotz voller Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten und trotz uneingeschränkter Mitwirkung der kranken Person therapieresistent ist, wenn ein besonders stark ausgeprägter (primärer) Krankheitsgewinn besteht oder wenn sich die kranke Person in allen Belangen des Lebens sozial zurückgezogen hat (vgl. dazu Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invalidenversicherung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, S. 76 f.). Entgegen der von der Beschwerdegegnerin offenbar vertretenen Auffassung (vgl. die Ziffer III/3 der Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2007) kann also im vorliegenden Fall nicht ohne weiteres gestützt auf die Vermutung der Überwindbarkeit einer allfälligen Fibromyalgie/somatoformen Schmerzstörung



davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einer adaptierten Erwerbstätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei. Es ist vielmehr zu prüfen, ob das Vorliegen einer Fibromyalgie/somatoformen Schmerzstörung überhaupt nachgewiesen ist und gegebenenfalls ob die Vermutung der Überwindbarkeit der subjektiv empfundenen Schmerzen und damit der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung aufgrund besonderer Umstände als widerlegt zu betrachten ist. Zwar handelt es sich dabei nach einer höchstrichterlichen Rechtsprechung um eine Rechtsfrage, aber deren Beantwortung setzt überzeugende ärztliche Aussagen zum Gesundheitszustand und insbesondere zu dem aus medizinischer Sicht objektiv vorhandenen Leistungspotential voraus (BGE 130 V 355 f.).

3.2 Das Gutachten des ABI weicht bereits in bezug auf die Diagnose vom Konsilium von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ und von den Berichten der beiden behandelnden Ärzte ab. Diese drei Ärzte sind übereinstimmend der Meinung, dass der Beschwerdeführer an einem Fibromyalgiesyndrom und an einer somatoformen Schmerzstörung leide. Die Gutachter des ABI hingegen haben sowohl ein Fibromyalgiesyndrom als auch das Bestehen einer erheblichen psychischen Erkrankung verneint. Weitgehende Übereinstimmung besteht nur in bezug auf die radiologisch nachgewiesene Wirbelsäulenerkrankung und wohl auch in bezug auf die Annahme, dass diese Erkrankung für sich allein keine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Erwerbstätigkeit zu begründen vermag. Die Gutachter des ABI haben nicht die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms gestellt, weil nur zehn von achtzehn Tenderpoints druckdolent waren und weil die angegebenen Beschwerden untypisch für ein Fibromyalgiesyndrom waren. Bei späteren Untersuchungen sind dann mehr, schliesslich sogar alle Tenderpoints druckdolent gewesen. Da sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers in den wenigen Monaten zwischen der Abklärung durch die Gutachter des ABI und der Untersuchung durch Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht verschlechtert hat, erscheint die Erhöhung der Zahl der druckdolenten Tenderpoints als suspekt. Entweder hat die Zahl geschwankt, ohne dass damit eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes verbunden gewesen wäre, oder der Beschwerdeführer hat "dazugelernt" und anlässlich der Untersuchung durch Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ gewusst, bei welcher Untersuchungshandlung und an welcher Stelle seines Körpers er bei einer entsprechenden Manipulation eine Schmerzempfindung angeben



musste, um als fibromyalgiekrank anerkannt zu werden. Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ hat nicht angegeben, dass er versucht hätte, die Angaben des Beschwerdeführers (beispielsweise durch eine Manipulation an einer Körperstelle, die kein Tenderpoint ist) zu objektivieren. Bei der ersten Variante müsste davon ausgegangen werden, dass eine einmalige Überprüfung der Zahl der druckdolenten Tenderpoints im Fall des Beschwerdeführers nicht aussagekräftig wäre, so dass weder die Auffassung der Gutachter des ABI noch diejenige von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit richtig wäre. Die zweite Variante erscheint als die wahrscheinlichere, denn anlässlich der Untersuchung durch den rheumatologischen Gutachter des ABI sind generell ganz erhebliche Differenzen zwischen den Schmerzangaben des Beschwerdeführers und dessen Verhalten aufgefallen. So hat der Beschwerdeführer beispielsweise im Lasèguetest nur eine ganz geringe Beugung des Hüftgelenks toleriert, aber anschliessend hat er problemlos den Langsitz einnehmen und damit das Hüftgelenk um nahezu 90° beugen können. Diese anlässlich der Abklärung durch die Gutachter des ABI festgestellten Differenzen wecken den Verdacht, dass die Schmerzangaben zumindest teilweise auf eine - wohl unbewusste - Verdeutlichungstendenz zurückzuführen sein könnten. Es ist zu vermuten, dass diese Verdeutlichungstendenz auch bei späteren Untersuchungen im Hinblick auf ein allfälliges Fibromyalgiesyndrom bestanden hat, dort aber mangels entsprechender Kontrollen nicht festgestellt worden ist. Dies lässt auch an der Verlässlichkeit des Ergebnisses der Abklärung durch Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ zweifeln, zumal Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht mit der Abklärung des Restarbeitsfähigkeitsgrades, sondern mit der Abklärung von Therapiemöglichkeiten beauftragt gewesen ist. Dasselbe muss für die von Dr. med. E.\_\_\_\_ geäusserte Auffassung gelten, denn bei ihm kommt hinzu, dass er als behandelnder Arzt seit Jahren mit den massiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers konfrontiert ist, die entsprechenden Einschränkungen des Beschwerdeführers im Alltag bei jeder Konsultation zur Kenntnis hat nehmen müssen und mit sämtlichen Therapieversuchen erfolglos geblieben ist. Es ist eine Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte in einer solchen Situation dazu neigen, die pessimistische Selbsteinschätzung ihrer Patienten zu übernehmen und gegenüber der Invalidenversicherung zu "verteidigen". Auf den rheumatologischen Gutachter des ABI trifft dies alles nicht zu. Er verfügte aufgrund seiner nicht auf die Therapie, sondern auf die objektive Erhebung der Arbeitsfähigkeit ausgerichteten Abklärung über jene



medizinischen Erkenntnisse, die es ihm ermöglicht haben, die Plausibilität der vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen und schmerzbedingten Beeinträchtigungen zu beurteilen. Das Gutachten des ABI weist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach, dass der Beschwerdeführer nicht an einer Fibromyalgie leidet. Damit braucht die Frage, ob die durch die Fibromyalgie ausgelösten Schmerzempfindungen durch eine zumutbare Willensanstrengung überwunden und die Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen werden könne, gar nicht beantwortet zu werden. Das Gutachten des ABI weist ausserdem nach, dass die nachgewiesene Wirbelsäulenerkrankung die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen nicht auszulösen vermag. Damit steht gestützt auf das Gutachten des AB mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsadaptierten Erwerbstätigkeit aus rein rheumatologischer Sicht zu 100% arbeitsfähig ist.

3.3 Zu untersuchen bleibt, ob eine somatoforme Schmerzstörung oder eine andere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit eine Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Der psychiatrische Gutachter des ABI und der behandelnde Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_ sind sich darin einig, dass die Diskrepanz zwischen den objektiven somatischen Befunden und der subjektiven Krankheitsüberzeugung zur Annahme einer psychischen Überlagerung zwingt. Während der behandelnde Psychiater diese psychische Überlagerung als somatoforme Schmerzstörung qualifiziert, geht der psychiatrische Gutachter des ABI nur von einer Schmerzverarbeitungsstörung aus. Er begründet dies mit dem Fehlen langanhaltender psychosozialer oder emotionaler Belastungsfaktoren; ausserdem leide der Beschwerdeführer nur unter leichten Schlafstörungen, die er auf die Schmerzen zurückführe, und es seien keine weiteren depressiven Symptome festzustellen. Demgegenüber hat Dr. med. H.\_\_\_\_ sowohl ein depressives als auch ein Erschöpfungssyndrom angenommen, die bekanntlich häufig mit einem Fibromyalgiesyndrom assoziiert seien und die trotz kooperativer Haltung des Beschwerdeführers therapeutisch nicht hätten beeinflusst werden können. Neben der bereits oben dargelegten Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte nach einer langen und erfolglosen Behandlung dazu neigen, die pessimistische Selbsteinschätzung ihres Patienten zu übernehmen, kommt bei Dr. med. H.\_\_\_\_ hinzu, dass er seine Diagnose, und damit auch seine Arbeitsfähigkeitsschätzung, auf das Vorliegen eines Fibromyalgiesyndroms gestützt hat, was ihm wohl auch die Erklärung



für die Erfolglosigkeit seiner Therapiebemühungen geliefert hat. Da nicht nachgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer tatsächlich an einem Fibromyalgiesyndrom gelitten hat und immer noch leidet, vermag die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. Hinzu kommt, dass eine psychiatrische Diagnosestellung, die sich weitgehend auf die Angaben des Patienten stützen muss, sowohl bei der Fragestellung als auch bei der Interpretation der Antworten die Bereitschaft des Untersuchers voraussetzt, die objektive Situation herauszufiltern und nicht einfach alle Angaben (z.B. zu den Ein- und Durchschlafproblemen) als objektiv korrekt zu interpretieren. Sowohl das langjährige, praktisch erfolglose Behandlungsverhältnis als auch die Überzeugung, es liege ein Fibromyalgiesyndrom vor, dürften Dr. med. H.\_\_\_\_ daran gehindert haben, mit derselben Objektivität wie der psychiatrische Gutachter des ABI die psychische Verfassung des Beschwerdeführers zu ermitteln. Seine abweichende Einschätzung der psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers vermag deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu belegen. Sie reicht auch nicht aus, um die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten des ABI zu erschüttern. Das von Dr. med. H.\_\_\_\_ am 7. Dezember 2007 beschriebene psychische Zustandsbild hat sich erst längere Zeit nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung eingestellt, so dass es für die Beurteilung nicht relevant ist. Für den hier massgebenden Sachverhalt, wie er sich bis zum Tag des Erlasses der angefochtenen Verfügung entwickelt hat, ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch durch die Beeinträchtigung seiner psychischen Gesundheit nicht daran gehindert ist, zu 100% einer geeigneten Erwerbstätigkeit nachzugehen. Auch hier muss also die Frage gar nicht beantwortet werden, ob die psychische Beeinträchtigung durch eine zumutbare Willensanstrengung zu überwinden wäre. Die angefochtene Abweisungsverfügung vom 25. Januar 2007 erweist sich als rechtmässig.

4.

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Der vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführer hätte grundsätzlich die Gerichtskosten zu tragen. Diese bemessen sich nach dem Verfahrensaufwand (Art.69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Dementsprechend erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- als angemessen. Da dem Beschwerdeführer aber aufgrund der ausgewiesenen Bedürftigkeit am 5. Juni



2007 die unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der Befreiung von allfälligen Gerichtskosten bewilligt worden ist, wird auf die Erhebung dieser Gerichtsgebühr verzichtet. Ein Anspruch auf eine unentgeltliche Rechtsverbeiständung besteht nicht, da die berufsmässige Vertretung vor Gericht den Rechtsanwälten vorbehalten ist (Art. 10 Abs. 1 des st. gallischen Anwaltsgesetzes). Demnach können auch nur Rechtsanwälte die Aufgabe der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung wahrnehmen. Die Vertreterin des Beschwerdeführers ist nicht Rechtsanwältin. Sie hat denn auch das Gesuch um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung am 6. März 2007 zurückgezogen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr von Fr. 600.- befreit.