



Fall-Nr.: IV 2007/25
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.06.2020
Entscheiddatum: 14.05.2008

Entscheid Versicherungsgericht, 14.05.2008

Art. 16 ATSG, Art. 28 Abs. 1 ATSG. Invaliditätsbemessung nach der Einkommensvergleichsmethode. Art. 55 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 12 lit. e VwVG und Art. 57 ff. BZP. Beweiskraft eines Untersuchungsberichts des RAD (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Mai 2008, IV 2007/25).

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 14. Mai 2008

in Sachen

B.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Hochreutener, Vadianstrasse 44,

Postfach 262, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

B. ___ erlitt am 20. August 2004 einen Unfall. Er rutschte von einem etwa 10-20 cm hohen Wägelchen und fiel nach hinten. Er prallte mit dem Gesäss und mit dem linken Ellbogen auf. Die Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen berichtete am 15. Juni 2005, es sei von einer fortgeschrittenen Spondylarthrose der Facettengelenke L3/4 und L 4/5 mit deutlicher Spinalkanaleinengung in diesen Segmenten auszugehen. Die SUVA richtete dem Versicherten nur für die Zeit bis 31. August 2005 Versicherungsleistungen aus, da auf diesen Zeitpunkt der Status quo ante wieder erreicht gewesen sei. Im Rahmen des Einspracheverfahren gegen diese Verfügung hielt Dr. med. A. ___ von der SUVA am 6. März 2006 fest, bereits 1997 habe am gleichen Ort eine Diskushernie bestanden. Im Bereich des Achsenskeletts habe keine strukturelle unfallbedingte Läsion nachgewiesen werden können. Möglicherweise seien die Beschwerden des Versicherten auf eine Weichteillasion zurückzuführen gewesen. Diese stelle aber keine Ursache für eine langdauernde funktionelle Behinderung dar, da sie schnell abheile. Die mediane Diskushernie habe sich auf einem degenerativen Boden entwickelt. Der Unfall sei der Auslöser eines Beschwerdeschubes gewesen. Dieser habe angehalten, bis sich das Laseguezeichen im März 2005 normalisiert habe. Sensomotorische Restfolgen seien nicht vorhanden. Die Persistenz von Rückenbeschwerden sei auf degenerative Veränderungen der LWS zurückzuführen. Die SUVA wies die Einsprache am 9. März 2006 ab. Der Entscheid wurde rechtskräftig.

B.

Der Versicherte meldete sich am 10. Juni 2005 auch zum Bezug von IV-Leistungen an. Dabei gab er u.a. an, er habe nur die Grundschule besucht. Einen Beruf habe er nicht erlernt. Dr. med. C. ___ berichtete der IV-Stelle am 18. Juli 2005, der Versicherte leide an einer Spondylarthrose L3/4 und L4/5 Grad II-III, an einer Spinalkanalstenose, an einer psychosozialen Belastung mit aggressiven Durchbrüchen und - ohne Auswirkung



St.Galler Gerichte

auf die Arbeitsfähigkeit - an einem St. n. Schädelhirntrauma unklaren Schweregrades vor Jahren. Seit dem 20. August 2004 bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der Gesundheitszustand des Versicherten sei besserungsfähig. Seit der polizeilichen Wegweisung wegen häuslicher Gewalt sei der Versicherte mit seinen vorbestehenden Rückenschmerzen dekompenziert. Aktuell halte er sich in der psychosomatischen Abteilung der Klinik Gais auf. Zwischen den objektiven Befunden und den angegebenen Rückenschmerzen bestehe eine Differenz. In einer leichten Tätigkeit sei der Versicherte zu 75% arbeitsfähig. Die D.____ AG teilte der IV-Stelle am 30. August 2005 mit, sie habe den Versicherten vom 1. April 2000 bis 31. Mai 2005 als Mitarbeiter in der Schreinerei beschäftigt. Im Jahr 2004 habe der Monatslohn (x13) Fr. 4640.- betragen. Dr. med. E.____ von der Klinik Gais berichtete der IV-Stelle am 27. September 2005, der Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen. Seit dem 23. Juni 2005 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Der Versicherte klagt über Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Deprimiertheit und sozialen Rückzug. Durch eine regelmässige Psychopharmakotherapie und stützende Gespräche könne die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht verbessert werden. Dr. med. F.____ vom RAD Ostschweiz empfahl am 5. Dezember 2005 eine psychiatrische und rheumatologische RAD-Untersuchung. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G.____ berichtete der IV-Stelle am 5. April 2006, der Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen, an einer somatoformen Schmerzstörung und an Problemen in der Beziehung zur Ehefrau. Seit dem Beginn der Behandlung am 11. Oktober 2005 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der Zustand sei stationär.

C.

C.a Dr. med. H.____ vom RAD Ostschweiz führte in seinem Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2006 aus, der Versicherte klagt über Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in den lateralen Oberschenkel rechts bis zur Grosszehe und zur Ferse. Er gebe an, die Ausstrahlungen bestünden beim Gehen und beim Sitzen. Seit dem Unfall am 20. August 2004 seien die Schmerzen progredient. Sie seien zudem tageszeitabhängig. Am Morgen seien sie weniger stark, nachts aber so stark, dass er nach zwei Stunden Liegezeit mehrfach aufstehen müsse. Nach einer Gehstrecke von mehreren hundert



Metern trete ein Brennen in der LWS mit den erwähnten Ausstrahlungen auf. Er müsse sich dann hinsetzen. Sitzen könne er eine halbe Stunde, stehen vier bis fünf Minuten. Dr. med. H.____ führte dazu aus, die Auskünfte des Versicherten seien diffus gewesen, so dass die Informationen teilweise nur durch mehrfaches Nachfragen zu erhalten gewesen seien. Dabei habe es sich nicht um ein sprachliches Problem gehandelt. Bei der Untersuchung sei der Gang des Versicherten etwas schwerfällig gewesen mit einem inkonsistenten Schonhinken rechts. Der Fuss- und der Zehengang seien normal möglich gewesen. Es habe eine leichte linkskonvexe Skoliose bestanden. Der Finger-Boden-Abstand habe 43 cm betragen. Bei der Lateralflexion der LWS in der Untersuchungssituation sei es zu einer Gegeninnervation gekommen. In spontan beobachteten Situationen (z.B. An- und Ausziehen) sei die Lateralflexion besser durchführbar gewesen. Bei der Palpation der LWS seien diffuse Schmerzen angegeben worden. In abgelenkten Situationen sei diese Region aber nicht schmerzhaft gewesen. Dr. med. H.____ stellte folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts mit segmentaler Dysfunktion, muskulärer Dysbalance, mässiger Spondylarthrose L3 bis S1 beidseits, leichter, asymptomatischer Spinalstenose L4/5 (bildgebend unverändert zwischen 1997 und 2005) und Symptomausweitung. Hinzu kamen folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: St. n. Sturz auf den Rücken, St. n. lumboradikulärem Syndrom L5 links, St. n. anamnestischer Kopfverletzung (Schädel-CT altersentsprechend), Adipositas Grad I, arterielle Hypertonie, atypische Thoraxschmerzen. Zusammenfassend hielt Dr. med. H.____ fest, es fänden sich keine eigentlichen neurologischen Ausfälle. Die diffus ausgeprägte Hyposensibilität an der gesamten rechten unteren Extremität habe vermutlich mit der Schmerzlokalisierung in dieser Extremität zu tun, entspreche aber nicht einem speziellen Dermatome. Die seit 1997 unveränderte Spinalstenose sei nur leicht, das klinische Bild einer Claudicatio spinalis bestehe nicht. Das lumboradikuläre Syndrom von 1997 habe konservativ erfolgreich therapiert werden können. Die Funktionsfähigkeit sei entgegen den Aussagen des Versicherten nur leicht eingeschränkt. Es bestünden deutliche Zeichen einer Symptomausweitung: kräftig ausgebildete Muskulatur, Lateralflexion ausserhalb der Untersuchungssituation deutlich besser, Palpation der LWS bei Ablenkung ohne Schmerzangabe, übertriebene Schmerzreaktion bei der Prüfung der Länge des M. quadriceps rechts, appellatives Verhalten, Perseverationen im Gespräch und unpräzise



Antworten auf die gestellten Fragen. Die somatische Funktionsfähigkeit sei deutlich besser als vom Versicherten verbal und averbal kommuniziert. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen subjektiven Klagen und objektiven Befunden. Für eine leichte adaptierte Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 75%. Die Arbeitsunfähigkeit von 25% sei bedingt durch die degenerativen Veränderungen der LWS, die Dysfunktionen und die muskuläre Dysbalance. Eine adaptierte Tätigkeit sei wechselbelastend (stehen, gehen, sitzen) und beinhalte kein Heben von Gewichten über 5 kg, keine Zwangshaltungen und keine Kälte- und Vibrationsexposition.

C.b Dr. med. I.____ hielt in seinem Untersuchungsbericht fest, die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G.____ habe telefonisch angegeben, nach der Rehabilitation in Gais sei der Versicherte zu ihr in Behandlung gekommen. Damals habe der Versicherte in K.____ gewohnt, da er Hausverbot durch seine Ehefrau gehabt habe. Anfänglich sei der Versicherte reaktiv depressiv mit eher schwerer Symptomatik gewesen. Das habe sich zunehmend gebessert. Bei der letzten Konsultation habe sie den Eindruck gehabt, dass es dem Versicherten wieder gut gehe und dass allenfalls noch eine leichte Symptomatik vorliege. Dr. med. I.____ stellte folgende Diagnose: St. n. depressiver Episode aktuell in Remission begriffen (DD: Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion), chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts mit Symptomausweitung sowie - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, St. n. Sturz auf den Rücken, St. n. lumboradikulärem Syndrom L5 links, St. n. anamnestisch Kopfverletzung, Adipositas Grad I, arterielle Hypertonie und atypische Thoraxschmerzen. Dazu führte er aus, zum Untersuchungszeitpunkt seien keine fassbaren schwerwiegenden depressiven Symptome mehr eruierbar gewesen. Allenfalls hätten noch leichte, als depressive Symptome zu interpretierende Beschwerden wie Schlafstörungen, Neigung zum Grübeln und psychosomatische Beschwerden vorgelegen. Diese hätten allerdings nicht mehr das Ausmass einer eigenständigen depressiven Störung erreicht. Sie hätten entweder als Restsymptome einer remittierenden depressiven Störung oder als Symptome einer andersartigen psychischen Beeinträchtigung wie beispielsweise einer Somatisierungsstörung gewertet werden können. Der Versicherte leide nach dem Bagatellunfall vom August 2004 an Schmerzen ohne somatisches Substrat. Erhebliche psychosoziale Konflikte seien hinzugekommen. Damit seien die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfüllt. Auf der psychischen



Funktionsebene bestünden keine Beeinträchtigungen. Auch hinsichtlich der sozialen Funktionen seien qualitativ und quantitativ kaum Beeinträchtigungen zu eruieren. Es bestehe kein sozialer Rückzug und der Versicherte sei in seinen Belangen autonom und nicht auf Hilfe angewiesen oder schwer eingeschränkt. Einzig die subjektiv starken Schmerzen hätten bisher nicht erfolgreich angegangen werden können. Die Schmerzstörung sei jedoch ein nicht IV-relevanter Gesundheitsschaden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe deshalb aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für die Periode Oktober 2005 bis 5. April 2006 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vorgelegen, die sich auf eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit verbessert habe. Die beiden Ärzte des RAD hielten abschliessend fest, interdisziplinär bestehe in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75%.

D.

Mit einem Vorbescheid vom 13. Juli 2006 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie sein Rentengesuch abweisen werde. Der Versicherte ersuchte die IV-Stelle am 19. September 2006, seinen psychischen Gesundheitszustand weiter abzuklären. Zur Begründung führte er aus, er anerkenne, dass allein gestützt auf die somatischen Funktionseinschränkungen eine Arbeitsunfähigkeit von 25% bestehe. Unzutreffend sei der Untersuchungsbericht des RAD aber in bezug auf die psychisch bedingte Einschränkung. Die angebliche massive Verbesserung zwischen dem Bericht von Dr. med. G.____ vom 11. April 2006 (vollständige Arbeitsunfähigkeit) und der Untersuchung durch den Psychiater des RAD Ostschweiz (uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit) sei nicht belegt und widerspreche auch den starken Krankheitssymptomen (massive Rücken- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen, geringe Belastbarkeit, Konzentrationsprobleme, rasche Erschöpfung). Die behandelnde Psychiaterin habe offenbar nur in sehr vager Weise ausgeführt, sie habe bei der letzten Konsultation den Eindruck gehabt, dass es wieder besser gehe. Dies stehe in einem offensichtlichen Widerspruch zum Bericht vom 5. April 2006, in dem eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert und eine erneute Beurteilung erst in zwei bis drei Monaten in Aussicht gestellt worden sei. Deshalb dränge sich eine umfassende Abklärung bei einem externen Spezialarzt auf. Zudem sei eine aktuelle Beurteilung durch den jetzt behandelnden Psychiater Dr. med. L.____ einzuholen. Ob eine somatoforme Schmerzstörung eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe, habe nicht der Arzt, sondern



die IV-Stelle zu entscheiden. Dr. med. I.____ nahm dazu am 24. November 2006 intern Stellung. Er führte aus, die Untersuchung vom 3. Mai 2006 sei in Kenntnis und unter Berücksichtigung aller Akten, nach einer ausgiebigen persönlichen Befragung und Untersuchung und gestützt auf eine Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin erfolgt. Der im Untersuchungszeitpunkt vorliegende gesundheitliche Zustand (klinischer Eindruck) des Versicherten habe keine andere diagnostische Einschätzung zugelassen. Auch die behandelnde Psychiaterin habe in dem telephonischen fachärztlichen Austausch diese klinische Einschätzung teilen können. Sie habe angegeben, dass sich die depressive Störung schneller gebessert habe, als sie im Zeitpunkt der Abfassung des Berichts an die IV-Stelle erwartet habe. Ein medizinischer Sachverständiger müsse die gängige Rechtsprechung berücksichtigen. Mit einer Verfügung vom 28. November 2006 wies die IV-Stelle das Rentengesuch ab.

E.

Der Versicherte erhob am 12. Januar 2007 Beschwerde gegen diese Verfügung. Er beantragte die Rückweisung an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung. Zur Begründung führte er aus, es sei in erster Linie nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen sich die von der damaligen behandelnden Psychiaterin am 5. April 2006 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode und die somatoforme Schmerzstörung verbunden mit der attestierten depressiven Episode innerhalb von rund einem Monat angeblich zu einer vollen Erwerbsfähigkeit entwickelt habe solle, zumal am 5. April 2006 noch ein stationärer Gesundheitszustand angegeben worden sei. Die telephonische Abklärung des RAD werde den Anforderungen an die Untersuchungspflicht nicht gerecht, wenn es darum gehe, eine angeblich rasche und tiefgreifende Veränderung zu klären. Der Facharzt des RAD habe es unterlassen, die fremdanamnestischen Angaben einer eigenständigen Würdigung zu unterziehen. Es fehle deshalb eine hinreichende Begründung für die Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 0% auf 100% zwischen dem 5. April 2006 und dem 3. Mai 2006. Zudem stünden die Schlussfolgerungen des Facharztes des RAD im Widerspruch zur aktuellen Beurteilung durch den behandelnden Psychiater (vollständige Arbeitsunfähigkeit). Die diffusen Angaben bei der Abklärung seien auf die fehlenden Deutschkenntnisse zurückzuführen. Der Facharzt des RAD sei zudem in die Richterrolle geschlüpft, indem er in bezug auf somatoforme Schmerzstörung einen IV-relevanten Gesundheitsschaden verneint habe.



Angesichts der verschiedenen Widersprüche und Unklarheiten bestünden erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens. In Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychiater werde eine umfassende spezialärztliche Begutachtung beantragt. Der Versicherte legte eine Auskunft seines aktuell (seit 18. August 2006) behandelnden Psychiaters Dr. med. L. ___ an seinen Rechtsvertreter vom 12. Dezember 2006 bei. Laut dieser Auskunft war der Versicherte aufgrund seiner aktuellen psychischen Verfassung nicht arbeitsfähig.

F.

Die IV-Stelle beantragte am 19. März 2007 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, bei der psychiatrischen Abklärung habe eine sehr detaillierte Anamnese erhoben werden können. Bei den behaupteten Kommunikationsschwierigkeiten wäre dies unmöglich gewesen. Der Rheumatologe habe ausdrücklich festgehalten, dass es keine sprachlichen Probleme gegeben habe. Im übrigen beherrschten auch die behandelnden Ärzte die Muttersprache des Versicherten nicht, was auf eine ausreichende Kommunikation hinweise. Es sei nicht zu beanstanden, dass die abklärenden Ärzte zwischen invalidisierenden und nicht invalidisierenden Beschwerden unterschieden hätten, da sonst die Arbeitsfähigkeit durch den Rechtsanwender nicht sinnvoll hätte gewürdigt werden können. Den Angaben behandelnder Ärzte sei mit dem Vorbehalt der Befangenheit zu begegnen. Ein wechselhafter Krankheitsverlauf sei durchaus plausibel. Die im Winter 2005/6 bestehende Diagnose sei bis zum Begutachtungszeitpunkt abgeklungen gewesen. Es sei möglich, dass die Abweisung des Rentenbegehrens wieder zu einer depressiven Reaktion geführt habe. Eine einjährige mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit lasse sich nicht nachweisen. Die Depression sei zudem eine reaktive Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung. Es handle sich also nicht um eine psychische Komorbidität. Auf das Gutachten könne abgestellt werden. Der Invaliditätsgrad betrage 36%.

G.

Der Versicherte wandte am 24. April 2007 ein, es genüge nicht, wenn sich Psychiater und Patient nur einigermaßen verständigen könnten. Auf einen Dolmetscher hätte nicht verzichtet werden dürfen. Wenn der Gutachter angebe, ein IV-relevanter



Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen, so nehme er eine rechtliche Qualifizierung vor. Damit überschreite er seine Kompetenzen. Der Vorwurf der Befangenheit der behandelnden Ärzte verletze den Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Für die Annahme, im Begutachtungszeitpunkt habe eine Depression mit Sicherheit ausgeschlossen werden können, fehle jeglicher Anhaltspunkt. Zudem habe der Facharzt des RAD nur eine Remission, d.h. eine vorübergehende Verbesserung angegeben. Die Annahme, die Ablehnung des Rentengesuchs habe eine depressive Reaktion ausgelöst, sei blosser Spekulation. Es liege ein konstantes Krankheitsbild vor.

H.

Die IV-Stelle verzichtete am 21. Mai 2007 auf eine Stellungnahme.

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 eine versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit in der Regel ausschlaggebendes Element der Invaliditätsbemessung - ist die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, bei Hilfsarbeitern zusätzlich zusammen mit der ärztlichen Umschreibung einer der Gesundheitsbeeinträchtigung bestmöglich Rechnung tragenden Tätigkeit. Die Beschwerdegegnerin hat sich diesbezüglich auf die Einschätzung im rheumatologisch-psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2006 gestützt, laut dem der Beschwerdeführer in einer der körperlichen Beeinträchtigung angepassten, wechselbelastenden und leichten Tätigkeit zu 75% arbeitsfähig sei. Das Ergebnis der rheumatologischen Abklärung ist vom Beschwerdeführer ausdrücklich akzeptiert worden. Der Beschwerdeführer hat sich diesbezüglich also nicht auf



Kommunikationsprobleme als Folge seiner ungenügenden Deutschkenntnisse berufen, um die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung aus rein rheumatologischer Sicht zu erschüttern. Zwar besteht die rheumatologische Abklärung zu einem grossen Teil aus Untersuchungshandlungen. Aber es ist auch in einem erheblichen Umfang sprachliche Kommunikation notwendig, auf der Seite des Untersuchers etwa in der Form von Anweisungen an den Exploranden, bestimmte Bewegungen zu machen oder Körperhaltungen einzunehmen, auf der Seite des Exploranden insbesondere in Form von Schmerzangaben oder der Beschreibung der Schmerzempfindung. Zu beachten ist aber auch, dass der Beschwerdeführer dem Rheumatologen detaillierte Angaben zur Entwicklung der Beschwerden, zum normalen Tagesablauf, zu den schmerzbedingten Einschränkungen im Alltag usw. hat machen können. Wenn der Rheumatologe angegeben hat, die diffusen Auskünfte hätten jeweils ein mehrfaches Nachfragen notwendig gemacht, dabei habe es sich aber nicht um ein sprachliches Problem gehandelt, so kann das nur so interpretiert werden, dass die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers ausreichen, um eine rheumatologische Abklärung ohne Dolmetscher durchführen zu können. Zwar beinhaltet die psychiatrische Untersuchung einen besonders hohen verbalen Kommunikationsbedarf, weil die Abklärung zum grossen Teil in der Form eines Gesprächs erfolgt. Aber trotzdem ist davon auszugehen, dass die Feststellung des Rheumatologen, es hätten keine Sprachprobleme bestanden, auch auf die psychiatrische Untersuchung zutrifft. Andernfalls wäre ein Dolmetscher beigezogen worden, denn der Psychiater des RAD Ostschweiz hatte keinen Grund, sich selbst die Untersuchung zu erschweren, ein hohes Risiko einer medizinischen Fehleinschätzung in Kauf zu nehmen und seinen Untersuchungsbericht der Gefahr auszusetzen, dass diesem später aus formalen Gründen der Beweiswert abgesprochen werden könnte. Wären die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers so bescheiden gewesen, wie es im Beschwerdeverfahren behauptet worden ist, so wäre es dem Psychiater zudem gar nicht möglich gewesen, die umfangreiche Anamnese zu erstellen. Die ihm zur Verfügung stehenden medizinischen Akten allein liessen dies nämlich nicht zu. Auch das Argument der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer stehe in Behandlung bei Ärzten, die seine Muttersprache nicht beherrschten, so dass er sich auf Deutsch mit ihnen unterhalten müsse, spricht dafür, dass die Kommunikation zwischen dem Beschwerdeführer und dem Psychiater nicht in relevanter Weise durch ungenügende Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers



beeinträchtigt gewesen ist. Die entsprechende Behauptung des Beschwerdeführers vermag also nicht zu überzeugen. Sie erschüttert den Beweiswert der psychiatrischen Abklärung durch einen Facharzt des RAD Ostschweiz nicht.

2.

Beim Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2006 handelt es sich nicht um ein Gutachten zweier unabhängiger Sachverständiger (Art. 55 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 12 lit. e VwVG und Art. 57 ff. BZP), sondern um einen Bericht zweier Fachärzte des RAD Ostschweiz, also einer Verwaltungseinheit, die Teil der Invalidenversicherung bildet. Die Ärzte der RAD sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 Satz 2 ATSG). Dies verschafft den Ärzten des RAD aber nicht jene Unabhängigkeit, die für einen Sachverständigen notwendig ist (Art. 58 Abs. 1 BZP). Deshalb sind Verwaltungsärzte nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. etwa BGE 123 V 333 f.) nicht als Sachverständige im beweisrechtlichen Sinn zu qualifizieren, wenn sie aufgrund ihrer besonderen Fachkenntnis an der Vorbereitung eines Verwaltungsentscheides mitwirken. Das bedeutet, dass ihre Meinungsäusserungen nicht als Gutachten im beweisrechtlichen Sinn verstanden werden dürfen, auch wenn sie inhaltlich einem Gutachten entsprechen. Das hat aber keine direkte Auswirkung auf den Beweiswert einer durch einen Arzt eines RAD abgegebenen Meinungsäusserung. Es besteht - analog dem Sachverständigengutachten - eine Vermutung dafür, dass die Ärzte der RAD ihre Meinungsäusserung unabhängig abgeben, dass sie also ihrer in Art. 59 Abs. 2 Satz 2 ATSG angeordneten Pflicht nachkommen, im Einzelfall unabhängig zu sein. An der Unabhängigkeit ist - wiederum analog zu den Sachverständigengutachten - nur dann zu zweifeln, wenn Indizien für eine Befangenheit vorliegen. Fehlen solche Indizien, ist die Meinungsäusserung der Ärzte der RAD als unabhängig zu qualifizieren. Das bedeutet, dass sich der Beweiswert der Meinungsäusserung ausschliesslich nach dem Inhalt bestimmt. Bestehen allerdings Indizien für eine Befangenheit eines Arztes eines RAD, so sinkt der Beweiswert seiner Meinungsäusserung, auch wenn deren Inhalt alle Kriterien einer überzeugenden medizinischen Beurteilung erfüllt. Da die IV-Stellen selbst verpflichtet sind, die Leistungsansprüche der Versicherten unabhängig zu prüfen, kann auch aus der organisatorischen Einordnung der RAD in die Invalidenversicherung keine Vermutung einer Befangenheit abgeleitet werden. Die



Unterscheidung zwischen den in Erfüllung der "Unabhängigkeitspflicht" des Art. 59 Abs. 2 Satz 2 IVG erstellten Meinungsäusserungen der Ärzte der RAD und den Gutachten unabhängiger Sachverständiger ist also nur ein formaler, denn die Bedeutung des Befangenheitskriteriums ist dank Art. 59 Abs. 2 Satz 2 IVG bei beiden Arten von Beweismitteln dieselbe. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers trifft dies auf die Meinungsäusserungen der behandelnden Ärzte nicht zu. Diese sind nicht gesetzlich verpflichtet, den IV-Stellen unabhängig über ihre Patienten zu berichten. Sie bilden auch nicht Teil einer Behörde, die in ihrem Handeln umfassend dem Prinzip der Objektivität verpflichtet sind. Aufgrund der mehr oder weniger engen, aber immer vorhandenen persönlichen Beziehungen zwischen den behandelnden Ärzten und deren Patienten muss zum vornherein von einer natürlichen Vermutung dafür ausgegangen werden, dass behandelnde Ärzte tendenziell zugunsten ihrer Patienten befangen sind. Aber auch behandelnde Ärzte können im Einzelfall völlig unbefangen gegenüber der IV-Stelle ihre medizinische Meinung äussern. Allerdings muss sich dies so deutlich aus dem Bericht an die IV-Stelle ergeben, dass die Befangenheitsvermutung widerlegt ist. Eine Verletzung des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung läge nur dann vor, wenn zum vornherein jeder Meinungsäusserung eines behandelnden Arztes gegenüber einer IV-Stelle der Beweiswert abgesprochen würde, weil behandelnde Ärzte ja gar nicht anders könnten, als zugunsten ihrer Patienten zu berichten. Das ist aber eindeutig nicht die von der Beschwerdegegnerin vertretene Auffassung. Es ist gerichtsnotorisch, dass sie Berichte behandelnder Ärzte frei auf den Beweiswert würdigt.

3.

Der Vorwurf des Beschwerdeführers, der Psychiater des RAD Ostschweiz habe eine ihm als medizinischer Fachperson gar nicht zukommende rechtliche Würdigung in seine medizinische Meinungsäusserung einfliessen lassen, ist nicht stichhaltig. Die vom Psychiater angesprochene Gerichtspraxis (vgl. BGE 130 V 352 ff.) beinhaltet nämlich keine (oder nur sehr beschränkt eine) Antwort auf eine Rechtsfrage. Sie behauptet vielmehr eine Erfahrungstatsache, laut der gewisse psychische Krankheiten bis zu einem gewissen Schweregrad keine Arbeitsunfähigkeit i.S. von Art. 6 Satz 1 ATSG zu bewirken vermögen, weil es den betroffenen Personen zumutbar sei, mittels einer Willensanstrengung die subjektive, krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung



zu überwinden und wieder zu arbeiten. Dabei wird von einem Einheitsmass an Willenskraft ausgegangen. Die einzelnen Fälle unterscheiden sich also gemäss dieser Gerichtspraxis nur in bezug auf das Ausmass der Krankheit, d.h. in bezug auf das Mass des krankheitsbedingten Widerstandes, der durch eine Willensanstrengung zu überwinden ist. Dieses Mass wird anhand vom Bundesgericht aufgelisteter Kriterien bestimmt. Da sowohl die Depressivität als auch die somatoforme Schmerzstörung zu diesen grundsätzlich überwindbaren psychischen Krankheiten gehören, hat der Psychiater des RAD Ostschweiz geprüft, ob die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers mittels einer zumutbaren Willensanstrengung überwunden werden kann. Es liegt also keineswegs eine unzulässige rechtliche Würdigung des medizinischen Sachverhalts durch den Psychiater des RAD Ostschweiz vor.

4.

Der Psychiater des RAD Ostschweiz hat sich u.a. auf eine telephonische Stellungnahme der damaligen behandelnden Psychiaterin gestützt. Nach ständiger Rechtsprechung sind telephonische Auskünfte, die in einer Aktennotiz festgehalten werden, nicht beweistauglich. Sie verunmöglichen es nämlich der Person, die das Subjekt des Verwaltungsverfahrens ist, den der Auskunftsperson im Rahmen der Fragestellung geschilderten Sachverhalt zu korrigieren oder zu ergänzen, die der Auskunftsperson gestellten Fragen zu überprüfen oder Ergänzungsfragen zu stellen. Eine in einer Aktennotiz festgehaltene telephonische Auskunft ist deshalb nur ein taugliches Beweismittel für blosse Nebenpunkte, namentlich Indizien oder Hilfstatsachen (vgl. etwa BGE 117 V 282 ff., Erw. 4c). Diese Rechtsprechung bezieht sich auf die von der Verwaltung selbst vorgenommene telephonische Sachverhaltsabklärung. Ob sie auch auf einen von der Verwaltung mit einer Begutachtung beauftragten unabhängigen Sachverständigen zur Anwendung kommen muss, kann im vorliegenden Fall offen bleiben, da der Psychiater des RAD Ostschweiz als Verwaltungsarzt mit der Abklärung des medizinischen Sachverhalts betraut gewesen ist. Auf ihn kommt die genannte Rechtsprechung deshalb direkt zur Anwendung. Er wäre also verpflichtet gewesen, einen schriftlichen Bericht der behandelnden Psychiaterin einzuholen, wenn er tatsächlich, wie der Beschwerdeführer offenbar annimmt, entscheidend auf die Angaben der behandelnden Psychiaterin abgestellt hätte. Der Psychiater des RAD Ostschweiz hat in seiner internen



Stellungnahme festgehalten, der im Untersuchungszeitpunkt vorliegende Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe gar keine andere diagnostische Einschätzung zugelassen. Die behandelnde Psychiaterin habe diese klinische Einschätzung geteilt. Daraus folgt, dass die telefonische Auskunft der behandelnden Psychiaterin keine (Teil-) Grundlage der Einschätzung der medizinischen Situation und damit der Arbeitsfähigkeit durch den Psychiater des RAD Ostschweiz gebildet hat. Vielmehr hat es sich um einen Meinungs austausch über das Ergebnis dieser Einschätzung gehandelt. Obwohl mit dieser telefonischen Auskunft ein - scheinbarer - Widerspruch zwischen der Einschätzung durch den Psychiater des RAD Ostschweiz vom 3. Mai 2006 und dem Bericht der behandelnden Psychiaterin an die IV-Stelle vom 5. April 2006 (stationärer Zustand, volle Arbeitsunfähigkeit) ausgeräumt worden ist, handelt es sich dabei doch nur um eine Bestätigung einer Hilfstatsache. Der Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2006 hätte nämlich auch ohne die telefonische Auskunft der behandelnden Psychiaterin eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung aus psychiatrischer Sicht enthalten. Für diese Hilfstatsache allerdings hat die in den Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2006 eingebaute Notiz über den Inhalt des Telefongesprächs mit der damaligen behandelnden Psychiaterin uneingeschränkte Beweiskraft. Im übrigen kann in antizipierender Beweiswürdigung davon ausgegangen werden, dass die behandelnde Psychiaterin auf eine entsprechenden Anfrage hin den vom Psychiater des RAD angegebenen Inhalt des Telefongesprächs schriftlich als korrekt bestätigt hätte. Es ist deshalb mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die damalige behandelnde Psychiaterin eine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes nach der Erstellung ihres Berichts vom 5. April 2006 konstatiert hatte.

5.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers besteht kein Widerspruch zwischen der Arbeitsfähigkeitsschätzung der damaligen behandelnden Psychiaterin vom 5. April 2006 und der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Bericht des RAD Ostschweiz vom 23. Mai 2006, denn beide Psychiater sind schliesslich davon ausgegangen, dass sich die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers nach dem 5. April 2006 erheblich verbessert habe. Ebenfalls entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist es



nicht notwendig, die medizinische Ursache dieser Verbesserung zu erforschen und darzulegen. Es genügt, wenn die Verbesserung objektiv festgestellt wird, um die Arbeitsfähigkeitsschätzung vom 23. Mai 2006 als überwiegend wahrscheinlich qualifizieren zu können. Der aktuell behandelnde Psychiater Dr. med. L. ___ hat am 12. Dezember 2006 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers angegeben und er hat - in Beantwortung der ihm vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gestellten Fragen - angedeutet, der Untersuchungsbericht des RAD Ostschweiz vom 23. Mai 2006 sei wenig überzeugend, indem er eine definitive Klärung der medizinischen Sachlage durch eine interdisziplinäre Begutachtung empfohlen hat. Letzteres lässt darauf schliessen, dass Dr. med. L. ___ keine nach dem 3. Mai 2006 eingetretene erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers angenommen, sondern eine bewusst abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung bei unverändertem Gesundheitszustand abgegeben hat. Dieser Widerspruch zum Untersuchungsbericht des RAD Ostschweiz vom 23. Mai 2006 zwingt dazu, die Überzeugungskraft dieser beiden Arbeitsfähigkeitsschätzungen gegeneinander abzuwägen. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten starken Krankheitssymptome sind dabei als Indizien nicht stichhaltig, weil sie auf einer für die psychische Erkrankung (Depression, somatoforme Schmerzstörung) typischen erheblichen Differenz zwischen dem subjektiven Krankheitsempfinden und dem objektiv zu erhebenden somatischen Befund beruhen, wie im Bericht vom 23. Mai 2006 überzeugend dargelegt worden ist. Die Antwort von Dr. med. L. ___ auf die Frage nach den vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden beruht grundsätzlich auf den inhaltlich mit denjenigen vom 3. Mai 2006 übereinstimmenden Selbstangaben des Beschwerdeführers. Allerdings scheinen diese Beschwerden gegenüber Dr. med. L. ___ als erheblich stärker geschildert worden zu sein als gegenüber dem Psychiater des RAD Ostschweiz. Dies wird von Dr. med. L. ___ nicht thematisiert, obwohl ihm der Untersuchungsbericht vom 23. Mai 2006 offenbar vorgelegen hat. Er erweckt damit den Anschein, er unterstelle dem Psychiater des RAD Ostschweiz, dieser habe die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers zu Unrecht nicht ernst genommen. Indizien dafür, dass Dr. med. L. ___ versucht hätte, die Abweichung in den Beschwerdeschilderungen zu objektivieren bzw. den versteckten Vorwurf gegenüber dem Psychiater des RAD Ostschweiz zu belegen, fehlen. Die Auffassung von Dr. med. L. ___ ist deshalb nicht geeignet, die Überzeugungskraft des



Untersuchungsberichts vom 23. Mai 2006 zu erschüttern. Erst recht ist sie nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 100% mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen. In dieser Situation muss der Erfahrung Rechnung getragen werden, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer Nähe zu ihrem Patienten dazu neigen, dessen pessimistische Selbsteinschätzung unkritisch zu übernehmen, allenfalls sogar ihm gegenüber der Sozialversicherung "zu seinem Recht zu verhelfen", d.h. seine Arbeitsfähigkeit so einzuschätzen, dass auf jeden Fall eine rentenbegründende Invalidität resultiert. Davon ist auch in bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. L.____ auszugehen. Es steht also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit im hier massgebenden Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung zu 75% arbeitsfähig gewesen ist.

6.

Gemäss dem Bericht des letzten Arbeitgebers des Beschwerdeführers hat dessen Einkommen im Jahr 2004 Fr. 60'320.- betragen. Ohne den Unfall hätte der Beschwerdeführer diese Stelle behalten. Deshalb ist praxismässig zu vermuten, dass das Valideneinkommen dem konkreten Einkommen entspricht. Es beläuft sich also auf Fr. 60'320.-. Da der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit nachgeht und da es sich bei der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit nicht um eine behinderungsadaptierte gehandelt hat, die der Beschwerdeführer nun noch zu 75% ausüben könnte, muss das zumutbare Invalideneinkommen praxismässig anhand des Durchschnittslohnes (Zentralwert) der Hilfsarbeiter aller Branchen ermittelt werden. Leichte, wechselbelastende Hilfsarbeiten sind nämlich erfahrungsgemäss nicht auf einzelne Branchen beschränkt. Gemäss der Lohnstrukturerhebung 2004 des Bundesamtes für Statistik, Resultate auf nationaler Ebene, Anhang Tabelle TA1, beläuft sich der durchschnittliche Monatslohn auf Fr. 4588.-. Allerdings beruht dieses Einkommen nicht auf der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit 2004 von 41,6 Std., sondern auf einer Wochenarbeitszeit von 40 Std. Das effektive Durchschnittseinkommen der Hilfsarbeiter beträgt somit Fr. 4771.50 bzw. Fr. 57'258.-. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 75% resultiert somit ein Einkommen von Fr. 42'944.-. Hilfsarbeiter, die mit einem Beschäftigungsgrad von 75% erwerbstätig sind, erleiden im Durchschnitt einen überproportionalen Lohnnachteil. Ihr Einkommen beträgt nicht 75%, sondern nur 70%



des Einkommens eines Vollerwerbstätigen. Der Nachteil beträgt als 6,5% (vgl. die Lohnstrukturerhebung 2004, Resultate auf nationaler Ebene, S. 25 Tabelle T6*). In Konkurrenz zu einem gesunden, zu 75% erwerbstätigen Hilfsarbeiter weist der Beschwerdeführer aus der Sicht eines rein ökonomisch handelnden potentiellen Arbeitsgebers insbesondere den Nachteil auf, dass überdurchschnittlich viele Krankheitsabsenzen drohen. Diesen Nachteil müsste der Beschwerdeführer durch einen unterdurchschnittlichen Lohn kompensieren, um mit einem gesunden Konkurrenten für eine 75%-Stelle gleichziehen zu können. Dies rechtfertigt es, den Abzug vom statistischen Durchschnittseinkommen nicht auf 6,5%, sondern auf 10% festzusetzen. Damit ergibt sich ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 38'650.-. Die Erwerbseinbusse von Fr. 21'670.- entspricht einem Invaliditätsgrad von 36%. Die Beschwerdegegnerin hat somit im Ergebnis zu Recht einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint.

7.

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festzulegen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Der Verfahrensaufwand erweist sich als durchschnittlich. Praxisgemäss rechtfertigt dies eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-, die vom vollumfänglich unterliegenden Beschwerdeführer zu bezahlen ist. Die Gerichtsgebühr ist durch den vom Beschwerdeführer geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.- gedeckt. Das Begehren des Beschwerdeführers um die Zusprache einer Parteientschädigung ist abzuweisen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.- verrechnet wird.