



**Fall-Nr.:** IV 2007/71  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.06.2020  
**Entscheiddatum:** 15.08.2008

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.08.2008**

**Art. 43 ATSG Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes Die IV-Stelle hat weitere Abklärungen vorzunehmen wenn der behandelnde Arzt (i.c. Psychiater), nach Erstellung eines Medas-Gutachtens, objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringt, die im Rahmen der Medas-Begutachtung unerkannt geblieben sind (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. August 2008, IV 2007/71).**

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus,  
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Iris Scherer

Entscheid vom 15. August 2008

in Sachen

R.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Paul Rechsteiner, Oberer Graben 44,

9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a Der aus Serbien und Montenegro stammende R.\_\_\_\_, geboren 1956, meldete sich am 2. Juni 2004 wegen Rückenproblemen mit Ausstrahlung in Nacken, Kopf und Beine bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen an und beantragte sowohl Berufsberatung als auch Rente. Die Behinderung habe 2001 begonnen, seit Januar 2003 bestünden grosse Einschränkungen. Behandelt werde er von jeher von Dr. med. A.\_\_\_\_. Seit dem 25. Februar 2004 sei er zu 75% arbeitsunfähig. Vorher (ab dem 12. April 2003) habe seine Arbeitsunfähigkeit zwischen 100% und 50% geschwankt (act. G 4.1.1).

A.b Dr. med. B.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, teilte am 11. August 2003 Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemein Medizin FMH, nachdem jene ihn gebeten hatte, zu klären wieweit die Beschwerden des Versicherten (Chron. Lumbovertebralsyndrom, Belastungsdyspnoe mit Husten, chron. schmerzbedingte Schlafstörung) psychisch bedingt sein könnten, mit, dass der Versicherte nachts regelmässig Angstträume habe und in diesen von Menschen mit Waffen bedroht werde. Der Versicherte habe ab 1978 in der Schweiz gearbeitet und für seine Familie ein Haus im Kosovo gebaut. Dort sei er von Serben schikaniert und etwa 1994 von Polizisten niedergeschlagen und vor seiner Ehefrau gedemütigt worden. Während des Bürgerkriegs sei sein Haus, in das er sämtliche Ersparnisse gesteckt habe, abgebrannt worden und in der Verwandtschaft seien Tote zu beklagen gewesen. Die seit zweieinhalb Jahren bestehenden Rückenschmerzen würden den Versicherten in seiner Arbeitsfähigkeit und somit in seiner Existenz bedrohen, was vor dem Hintergrund der beschriebenen traumatischen Erfahrung eine Angst machende Situation sei. Die Angst erlebe der Versicherte zwar regelmässig in Träumen, aber nicht als Gefühl im Wachen. Dort würde diese somatisiert als Atemnot und die unterdrückte Aggression zeige sich im Husten. Die Kosovaren hätten bezüglich ihrer Emotionen andere Tabus als Mitteleuropäer und müssten anderen gesellschaftlichen Vorstellungen entsprechen. Sie könnten sich nicht über längere Zeit klagend und weinend zeigen, verdrängten diese Gefühle ins



## St.Galler Gerichte

Somatische und würden körperlich krank werden. Wegen starken emotionalen Tabus und sprachlichen Problemen sei eine Psychotherapie in solchen Fällen kaum erfolgreich. Als Behandlungsmöglichkeit würden stützende Gespräche und Medikamente bleiben (act. G 4.1.8 bis 11).

A.c Dr. C.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle mit Arztbericht vom 28. Juli 2004, dass mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen beständen: seit 2004 chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Spondylolisthesis L5/S1 sowie Osteochondrose cervical mit Cephealea und Nackenschmerzen und seit 2002 eine posttraumatische Depression. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen noch eine leichte chronische Bronchitis (seit 2002), eine Prostatahyperplasie sowie eine chron. rezidiv. Prostatitis (seit 2001). Seit dem 25. April 2004 sei der Versicherte bis auf weiteres zu 75% arbeitsunfähig, wobei ein Lastenhebeverbot für über 10 kg bestehe. Zurzeit arbeite er im Reinigungsdienst der D.\_\_\_\_ und nicht mehr im Gepäckdienst. Der Zustand sei stationär bis sich verschlechternd. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit aus, durch Schmerzen, Erschöpfbarkeit, Depression, Schwindel, Tremor und Konzentrationsstörungen. Der derzeitige Putzdienst bei der D.\_\_\_\_ von zwei Stunden täglich gehe ordentlich und der Versicherte profitiere psychisch sehr von der Berufstätigkeit. Zumutbar seien ihm Tätigkeiten, die körperlich nicht anstrengend seien, mit Lasten von max. 10 kg, ideal wäre ein Wechsel zwischen Stehen, Laufen und Sitzen, wobei es sich um keine intellektuell anstrengenden Tätigkeiten handeln dürfe. Je nach Tätigkeit dürfte eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehen. Ob er bei Teilzeitarbeit eine volle Leistung erbringen könnte, könne nicht hervorgesagt werden. In der jetzigen Tätigkeit bestehe eine bleibende Einschränkung von mindestens 20% (act. G 4.1.8-1).

A.d Gemäss Fragebogen für den Arbeitgeber vom 2. August 2004 arbeitete der Versicherte ab dem 1. Juni 1989 als Betriebsangestellter bei der D.\_\_\_\_. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens, bis am 19. Januar 2003, habe er im Gepäck-Ein-, Aus- und Umladedienst gearbeitet. Nach Eintritt des Gesundheitsschadens, ab dem 22. Oktober 2003, habe der Versicherte in der Büoreinigung gearbeitet. Die Normalarbeitszeit im Betrieb betrage 39 Stunden pro Woche (7.8 Std./Tag). Der Versicherte arbeite seit dem 18. Juni 2003 zwei Stunden pro Tag. Seit dem 1. Januar 2004 betrage der AHV-pflichtige Lohn des Versicherten Fr. 62'435.-- pro Jahr, wobei der Lohn nicht der



## St.Galler Gerichte

Arbeitsleistung entspreche. Seit dem 18. Juni 2003 würde ein Lohn von Fr. 15'608.-- pro Jahr der Arbeitsleistung entsprechen. Ohne Gesundheitsschaden würde der Versicherte Fr. 70'200.-- pro Jahr verdienen. Ebenfalls am 2. August 2004 teilte die Arbeitgeberin der IV-Stelle mit, dass sie beabsichtige, das Arbeitsverhältnis per Ende Januar 2005 wegen mangelnder medizinischer Tauglichkeit aufzulösen, und bat um die Prüfung der Rentenfrage, da eine Berufsberatung aufgrund der gesundheitlichen Situation und des beschränkten Entwicklungspotentials des Versicherten sehr schwierig sei (act. G 4.1.9).

A.e Am 5. Oktober 2004 teilte Dr. C.\_\_\_\_ auf Nachfrage der IV-Stelle mit, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit maximal 20% betrage (act. G 4.1.15).

A.f Am 15. Oktober 2004 löste die Arbeitgeberin des Versicherten das Arbeitsverhältnis unter Einhaltung der sechsmonatigen Kündigungsfrist wegen mangelnder medizinischer Tauglichkeit auf den 30. April 2005 auf (act. G 4.1.19).

A.g Gemäss dem polydisziplinären Gutachten der Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) vom 25. August 2005 stellten deren Gutachter, Dr. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin, Dr. F.\_\_\_\_, Rheumatologie, und Dr. G.\_\_\_\_, Psychiatrie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bds. (ICD-10 M54.4), radiomorphologisch bekannte Spondylolyse L5 bds. mit Spondylolisthesis Grad I nach Meyerding, mittelgradige foraminale Einengung bds. rechtsbetont, mässige Chondrose L5/S1; 2. Chronisches cervico-cephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0), radiomorphologisch Osteochondrose C5/6 mit kleiner mediorechtlateraler Diskushernie ohne Nervenwurzelkompression, allgemeine Dekonditionierung; 3. leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0); 4. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Beim Versicherten sei eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 50% in der angestammten Tätigkeit ab dem 20. Januar 2003 anzunehmen. Körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte berufliche Tätigkeiten seien dem Exploranden jedoch ganztägig mit einer Leistungseinbusse von 20% zumutbar. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und berufliche Massnahmen könnten aufgrund fehlender Erfolgsaussichten nicht empfohlen



werden. Aufgefallen sei, dass der Versicherte beinahe während der ganzen Anamnese und Untersuchung geweint oder gestöhnt habe (act. G 4.1.25).

A.h Dr. B.\_\_\_\_ teilte der Sozialversicherungsanstalt am 19. Dezember 2005 mit, dass die Gutachter der ABI die Konversionsstörung (ICD-40 F44) des Versicherten nicht diagnostizierten hätten, die sehr wohl eine rentenwirksame Arbeitsunfähigkeit begründe. Im Gutachten würden zudem objektivierbare Befunde - anhaltender Husten und Zähneknirschen - nicht erwähnt, weil diese wohl als passager eingeschätzt worden seien und so der Bezug zu der von ihm gestellten Diagnose nicht gesehen worden sei. Obwohl er den Versicherten seit dem 25. Juli 2003 mit kurzem Unterbruch behandle, sei er von der IV-Stelle nie direkt betreffend dessen Arbeitsunfähigkeit angefragt worden. Seine von Dr. C.\_\_\_\_ weitergereichte Ersteinschätzung vom 11. August 2003 beinhalte keine genügend fundierte Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (act. G 4.1.34).

A.i Gemäss Bericht vom 2. Mai 2006 nahm der Versicherte zur Abklärung und Förderung der Arbeitsfähigkeit vom 1. März 2006 bis 28. April 2006 an einem Verzahnungsprogramm der Arbeitslosenversicherung teil (Pensum 50%). Während der Präsenzzeit mit einer Pause von 15 Minuten sowie einer Ruhepause von 10-15 Minuten habe er einen Leistungsgrad von 25% gezeigt. Bei den Tätigkeiten habe es sich um Hauswartung, Reinigungsdienst und Kantinenbetreuung gehandelt. Der Versicherte sei psychisch sehr labil. Bei einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft würde es sich um selbständiges Arbeiten ohne Zeitdruck handeln müssen, wie z.B. im Reinigungsdienst oder Hauswahrungsdienst. Die Belastbarkeit sei gering und lasse schon bei geringem Druck nach, auch wenn der Versicherte sehr motiviert sei (act. G 4.1.39).

A.j Am 27. März 2006 nahm die ABI Stellung zum Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2005. Dieser diagnostiziere als behandelnder Psychiater in diesem Bericht eine Konversionsstörung, die eine rentenwirksame Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Nähere Angaben zur Konversionsstörung würden nicht gemacht. Die einzigen psychopathologischen Symptome, die allenfalls die Diagnose einer Konversionsstörung begründen würden, seien die beobachteten Gedächtnisstörungen. Der Versicherte habe sich nicht an Jahreszahlen erinnern können und meinte, sich nicht an seine Kindheit erinnern zu können. Gedächtnisstörungen, die bei dissoziativen Störungen auftreten (dissoziative Amnesie), würden aber meistens wichtige, kurz



## St.Galler Gerichte

zurückliegende Ereignisse, die als traumatisierend erlebt würden, z.B. Unfälle, unerwartete Trauerfälle, betreffen und im Allgemeinen nicht frühkindliche Erfahrungen. Die beim Versicherten beobachteten Gedächtnisstörungen würden also nicht auf eine Konversionsstörung hindeuten, sondern seien vielmehr auf den Versuch, seinen schlechten psychischen Gesundheitszustand zu verdeutlichen, zurückzuführen. Ausser den beobachteten Gedächtnisstörungen seien keinerlei psychiatrische Symptome feststellbar gewesen, die auf das Vorliegen einer Konversionsstörung hindeuten würden. Daher könne die Diagnose einer Konversionsstörung nicht gestellt werden. Der Bericht trage keine neuen Aspekte zum Bild des Gesundheitsschadens bei, weshalb sie an ihrer Beurteilung festhalte (act. G 4.1.38).

A.k Am 3. August 2006 erklärte das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) St. Gallen den Versicherten für nicht mehr vermittlungsfähig ab 13. Juli 2006. Die Wiedereingliederungsphase sei per 12. Juli 2006 abgebrochen worden, unter anderem aufgrund eines Arztzeugnisses von Dr. B.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2006, welches ihm eine voraussichtlich dauernde Arbeitsunfähigkeit von 100% ab Juli 2003 bescheinige. Ausserdem sei ein Ende der Arbeitsunfähigkeit nicht absehbar (act. G 4.1.45). Mit Vorbescheid vom 20. September 2006 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werden würde, da er sich nicht in der Lage fühle, die mögliche Arbeitsfähigkeit zu verwerten, und auf die Stellensuche verzichten möchte, und schloss diese mit Verfügung vom 27. Oktober 2006 schliesslich ab (act. G 4.1.52 und 58).

A.l Mit Vorbescheid vom 21. September 2006 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass ihm gemäss ihren Abklärungen eine leidensangepasste Tätigkeit zu 80% zumutbar sei und sie, da beim Einkommensvergleich nur ein Invaliditätsgrad von 35% (Valideneinkommen Fr. 71'604.--, Invalideneinkommen Fr. 46'656.--) resultiere, das Leistungsbegehren abweisen werde (act. G 4.1.50). Mit Verfügung vom 27. Oktober 2006 wies sie das Leistungsbegehren ab (act. G 4.1.59).

A.m Dr. B.\_\_\_\_ teilte dem Vertreter des Versicherten am 22. Oktober 2006 mit, er habe nie behauptet, dass beim Versicherten aufgrund einer dissoziativen Gedächtnisstörung eine Konversionsstörung diagnostiziert werden könne. Sinn seines Schreibens vom 19. Dezember 2005 sei gewesen, von der IV endlich um seine Beurteilung des



Versicherten angefragt zu werden. Es würde natürlich keinen Sinn machen, diese sonst nichts sagenden Zeilen an die ABI zur Beurteilung weiterzuleiten. Das Gedächtnis des Versicherten sei auffällig, was verschieden verstanden werden könne. Die vom ABI aufgeführte Begründung sei eine mögliche, schliesse aber die Möglichkeit einer dissoziativen Gedächtnisstörung nicht aus. Dafür wisse man zu wenig vom Versicherten. Wenn der Versicherte in seine Praxis komme, um zum x-ten Mal gleich wie beim ersten Mal über seine Schmerzen zu klagen, höre er ihn schon 300m entfernt husten. Weil er immer zu früh komme, huste er dann noch 10 Minuten im Wartezimmer, dann während der Zeit, da er seine Klagen weinend und hustend vorbringe, bis er sich wieder hustend von der Praxis entferne. Wenn er hartnäckiger nachfrage, knirsche der Versicherte mit den Zähnen, so dass es ihm (dem Arzt) wehtue und die Zähne zu zerspringen drohten. Wenn er weiter nachfrage, habe der Versicherte sich schon öfter das Hemd vom Leib gerissen, so dass die Knöpfe im ganzen Sprechzimmer verstreut gelegen seien. Der Husten sei psychogen und nicht Folge einer allfälligen leichten chronischen Bronchitis. Husten, Zähneknirschen und sich das Hemd vom Leib Reissen erachte er, in der Art wie es der Versicherte mache, als Konversionssymptome als Folge eines verdrängten Konfliktes mit aggressivem Inhalt. Im Auftreten sei der Versicherte unterwürfig. Das Husten und Zähneknirschen habe sicher auch der Gutachter beobachtet. Letzteres habe dieser nicht erwähnt. Diesem habe der Gutachter zu wenig Beachtung geschenkt und den Zusammenhang mit der übrigen Symptomatik nicht gesehen, den auch er (Dr. B.\_\_\_\_) lange nicht gesehen habe. Er habe ihn bis Mitte April 2005 als Patient mit schlechtem coping bei somatischem Schmerz (Bandscheibe) behandelt, habe eine allfällige Arbeitsunfähigkeit als somatisch bedingt erachtet und sich deshalb nicht dazu geäußert. Es sei nicht einmal eine leichte Depression zu diagnostizieren gewesen. Erst das ABI-Gutachten habe ihm klar gemacht, dass der Versicherte an einer somatoformen Schmerzstörung leide. Das Verhalten des Versicherten sei extrem demonstrativ, er sei aber nicht bewusst manipulativ. Der psychiatrische Gutachter der ABI sei im Gegensatz zu ihm der Auffassung, dass der Versicherte zu 80% arbeiten könne, wenn er wolle, dass er aggraviere oder bis zu einem gewissen Grad auch simuliere. Er habe diesen Verdacht zunächst auch gehabt, sei heute aber der Überzeugung, dass der Versicherte aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung und einer Konversionsstörung zu 100% arbeitsunfähig sei. Es bleibe vieles unklar. Der Versicherte könne sich verbal nicht



genügend mitteilen. Introspektionsfähigkeit gehe ihm völlig ab. Seine Ausdrucksform sei der Schmerz, körperlich und psychisch. Sein Schmerz sei nicht behandelbar, nicht medikamentös und schon gar nicht psychotherapeutisch. Über die psychiatrische Behandlung wisse der Gutachter nur, was der Versicherte ihm gesagt habe, er sei nie dazu angefragt worden, weder von der IV noch von der ABI. Der Versicherte sei mit verschiedenen Antidepressiva, auch in Kombination über Wochen und Monate behandelt worden, nicht wegen der Depression - die als Problem völlig im Hintergrund gewesen sei - sondern in der Hoffnung, so die Schmerzsymptomatik zu mindern und den Schlaf zu verbessern. Er habe es mehrere Monate mit Cipralex (1 Tbl. morgens) und Surmontil bzw. Saroten (50mg abends) probiert. Später habe es Dr. C.\_\_\_\_ noch über längere Zeit mit Zoloft (50 mg) versucht. Wenn der Versicherte die Medikamente überhaupt vertragen habe, so habe er nie eine beobachtbare Besserung der Symptome feststellen können, übrigens auch nie bei Schmerz- oder Schlafmitteln. Der Versicherte komme noch alle drei bis vier Wochen in seine Praxis, um für 30 Minuten zu klagen; dieser sage die "Gespräche" würden ihm helfen. Er (Dr. B.\_\_\_\_) habe davon nie etwas gespürt. Da die Medikamente nie etwas gebracht hätten, verordne er keine mehr. Er sei heute der Auffassung, dass es dem Versicherten gar nicht besser gehen dürfe, weil dieser sonst in eine für ihn noch schwierigere Lage kommen würde. So könne er seine Ehre oder was auch immer aufrechterhalten. Der Versicherte sei von der ABI sorgfältig untersucht worden und das Gutachten sei basierend auf den zur Verfügung stehenden Angaben nachvollziehbar und schlüssig. Als Gutachter wäre er zu den selben Schlüssen gelangt. Der Mangel liege darin, dass er nie von der IV um eine Beurteilung des Versicherten angefragt worden sei, und dass auch die ABI nicht auf die fehlenden Unterlagen hingewiesen habe (act. G 4.1.61).

A.n Zum Vorbescheid liess der Versicherte am 23. Oktober 2006 Stellung nehmen und die Einholung eines ergänzenden und unabhängigen psychiatrischen Berichts beantragen. Bezüglich massgebender Diagnose und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden erhebliche Diskrepanzen, womit nicht ohne weiteres auf das Gutachten der ABI abgestellt werden könne. Er verwies dabei insbesondere auf das von ihm eingereichte Schreiben von Dr. B.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2006 sowie den Abklärungsbericht des Verzahnungsprogramms (act. G 4.1.60).



## St.Galler Gerichte

A.o Die IV-Stelle bat daraufhin den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 9. November 2006 um Stellungnahme betreffend den zusätzlichen Bericht von Dr. B.\_\_\_\_. Der RAD befand am 20. Dezember 2006, dass weiterhin auf das ABI-Gutachten abgestützt werden könne. Es handle sich bei dem nachträglich eingegangenen Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ um eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhalts. Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands sei damit nicht ausgewiesen. Die Qualität des psychiatrischen Gutachtens könne nicht deshalb in Frage gestellt werden, weil der Gutachter keine Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater aufgenommen habe. Der Versicherte habe sich zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung nicht in psychiatrischer Behandlung befunden und auch keine Psychopharmaka eingenommen. Dies werde auch in dem Schreiben von Dr. B.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2006 bestätigt, in welchem er berichte, dass der Versicherte von Mitte April bis Ende August 2005 psychiatrisch nicht behandelt worden sei. Daraus könne geschlossen werden, dass der Versicherte nicht einen so grossen Leidensdruck aufgewiesen habe, dass er eine psychiatrische Behandlung für erforderlich gehalten habe (act. 4.1.65).

A.p Mit Verfügung vom 4. Januar 2007, welche die Verfügung vom 27. Oktober 2006 ersetzte, lehnte die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab. Sie habe den Rentenanspruch aufgrund der Einwände des Versicherten nochmals überprüft. Bei dem von Dr. B.\_\_\_\_ eingereichten Bericht handle es sich nur um eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhaltes. Sie würde sich nach wie vor auf das ABI-Gutachten stützen, wonach dem Versicherten eine 80%-ige Tätigkeit zumutbar sei (act. G 4.1.66).

B.

B.a Gegen diese Verfügung lässt der Versicherte am 6. Februar 2007 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 4. Januar 2007 sei aufzuheben und die Sache zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei eine neue psychiatrische Begutachtung anzuordnen. Subeventualiter sei dem Beschwerdeführer eine halbe, eventuell eine Viertelsrente der IV zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Die Verfügung sei zunächst aus formellen Gründen aufzuheben, denn sie beschränke sich auf die Feststellung, dass die Einwände geprüft



worden seien und an der Verfügung festgehalten werde, weil der von Dr. B.\_\_\_\_ eingereichte Bericht nur eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhaltes sei. Gemäss Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts dürfe sich die IV-Stelle jedoch nicht darauf beschränken, die Einwände des Versicherten zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen, sondern sie habe in der ablehnenden Verfügung auch die Gründe anzugeben, weshalb sie diesen nicht folge. Vorliegend habe sie einzig mitgeteilt, dass sie am ABI-Gutachten festhalte, weil der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ nur den Sachverhalt anders beurteile. Eine Auseinandersetzung mit den vorgebrachten Argumenten erfolge nicht. Verletze die angefochtene Verfügung Art. 74 Abs. 2 IVV und die Grundsätze über das rechtliche Gehör, so sei sie ohne weiteres aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die somatischen Beschwerden seien im vorliegenden Fall unbestritten. Umstritten sei aber der psychiatrische Befund. Während bezüglich der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (i.V.m. einer leichten depressiven Episode) aufgrund der Akten keine Differenzen bestünden, stelle sich laut dem ausführlichen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. B.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2006 die Frage einer Konversionsstörung im Sinne von ICD 10-F 44. Dr. B.\_\_\_\_ formuliere eine Reihe von Symptomen, welche die Diagnose der Konversionsstörung (als Folge eines verdrängten Konflikts mit aggressivem Inhalt) begründen würde. Er begründe, weshalb er der Auffassung sei, dass der festgestellte psychiatrische Zustand im Gegensatz zu den Annahmen des ABI-Gutachtens nicht aggraviert bzw. simuliert sei, d.h. nicht der willentlichen Steuerung unterliege. Die Beschwerdegegnerin habe sich mit den Feststellungen des behandelnden Psychiaters nicht adäquat auseinandergesetzt. Die ergänzende Stellungnahme des ABI vom 27. März 2006 behandle die Konversionsstörung einzig unter dem Gesichtspunkt der dissoziativen Amnesie, wovon im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ nicht die Rede sei. Verfehle diese ergänzende Stellungnahme der ABI offensichtlich den Gegenstand und verteidige sie im Wesentlichen die gestellte Diagnose, so bleibe die mit dem Bericht des behandelnden Psychiaters aufgeworfene Diagnose der Konversionsstörung offen. Auch die Kurzstellungnahme des RAD gehe nicht in adäquater Form auf den Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ ein, sondern verkürze die Diagnose auf wenige Beispiele. Zwar komme einem Bericht des behandelnden Psychiaters im Sozialversicherungsprozess nicht derselbe Stellenwert zu wie einem Gerichtsgutachten. Dennoch könne ein vom behandelnden Psychiater vorgebrachter



Befund nicht einfach mit der Floskel vom Tisch gewischt werden, dass dieser den Sachverhalt einfach anders beurteile als das Gutachten. Die Behörden und der Richter seien gehalten, die Triftigkeit abweichender Meinungsäusserungen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung nach ihrer Schlüssigkeit zu prüfen. Könne ein in einem Arztbericht vorgebrachter Grund nicht einfach von der Hand gewiesen werden, sei gegebenenfalls eine Überprüfung durch einen Oberexperten notwendig. Das ABI-Gutachten habe die Beobachtungen des behandelnden Psychiaters überhaupt nicht einbezogen, obschon dieser den Beschwerdeführer vom Juli 2003 bis zum heutigen Zeitpunkt (mit einem mehrmonatigen Unterbruch zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens im Jahr 2005) behandle, was Dr. B.\_\_\_\_ zu Recht beanstande. Die Beobachtungen des behandelnden Psychiaters seien umso ernster zu nehmen, als sie durch den inzwischen ebenfalls vorliegenden Abklärungsbericht Verzahnungsprogramm vom 2. Mai 2006 mit konkreten und detaillierten Beobachtungen gestützt würden. Das ABI-Gutachten sei schon deshalb ergänzungsbedürftig, weil es als Grundlage für den Entscheid über die Berentung auf einer zu schmalen Grundlage beruhe. Triftige Gründe, eine Oberexpertise bezüglich des psychiatrischen Befunds zu veranlassen, würden sich indessen auch durch die ergänzende und detailliert begründete Diagnose der Konversionsstörung ergeben.

Der Anspruch auf eine halbe oder mindestens einer Viertelsrente der IV ergebe sich unabhängig von den prozeduralen Anliegen. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 71'604.-- sei über die von der Beschwerdegegnerin angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für einfache und repetitive Tätigkeiten hinaus ein so genannter Leidensabzug einzusetzen. Nach der Rechtsprechung seien dabei sämtliche einkommensbeeinflussenden Merkmale zu berücksichtigen. Vorliegend seien diesbezüglich nur negative Faktoren zu verzeichnen. Denn gemäss ABI-Gutachten müssten bei wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten das wiederholte Heben und Tragen von schweren Lasten, eine fixierte Arbeitsposition und die Durchführung von fließbandähnlichen stereotypen Bewegungen vermieden werden. Im Hinblick auf die Verwertung seiner Arbeitskraft sei der Beschwerdeführer massiv eingeschränkt. Bei einem Leidensabzug von 25% sei auch bei Zugrundelegung des ABI-Gutachtens der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente ausgewiesen (bei einem Invalideneinkommen nach Vornahme des Leidensabzugs von Fr. 34'992.--). Werde der Leidensabzug tiefer veranschlagt, so bleibe immerhin der Anspruch auf eine Viertelsrente (act. G 1).



B.b Mit Beschwerdeantwort vom 28. März 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie habe ihre Begründungspflicht wahrgenommen und das rechtliche Gehör nicht verletzt. Die Begründungspflicht bedeute nicht, dass sich die Behörde ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtliche Einwand auseinandersetzen müsse. Vielmehr könne sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken. Die IV-Stelle habe sich mit dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ auseinandergesetzt, indem sie den RAD angefragt habe. Die RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ habe zum Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ ausführlich Stellung genommen und sei zum Schluss gekommen, dass weiterhin auf das ABI-Gutachten abgestützt werden könne. In der Verfügung habe sich die IV-Stelle auf den wichtigsten Punkt der Stellungnahme der RAD-Ärztin, nämlich, dass es sich beim eingereichten Bericht nur um eine unterschiedliche Betrachtung desselben Sachverhaltes handle, beschränkt.

Betreffend den Beweiswert des ABI-Gutachtens und des Berichts des behandelnden Arztes könne festgestellt werden, dass der Bericht des behandelnden Arztes aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zu den Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sei. Infolgedessen vermöge der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen und es sei auf das ABI-Gutachten abzustellen. Der Einkommensvergleich sei korrekt erfolgt. Ein Abzug vom Invalideneinkommen könne nicht vorgenommen werden, da dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten zumutbar seien. Auf die weitere Begründung wird soweit notwendig in den Erwägungen eingegangen (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 4. Mai 2007 hält der Beschwerdeführer an seinen Begehren und Ausführungen fest. Was die Mängel der Begutachtung (bezüglich des psychiatrischen Befunds) betreffe, so gehe die Beschwerdeantwort nicht auf die mit der Beschwerde vorgebrachte Kritik und die Notwendigkeit einer neuen und unabhängigen psychiatrischen Beurteilung ein, sondern beschränke sich im Wesentlichen auf die Wiedergabe der Stellungnahme der RAD-Ärztin. Unverständlich bleibe schliesslich auch, weshalb bei den doch erheblichen Einschränkungen ein Leidensabzug verweigert werde. Es sei fraglich, welchem Arbeitgeber der Beschwerdeführer mit seinen Einschränkungen zugemutet werden könne. Gemäss beiliegendem Arztzeugnis von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14./19. März 2007 bestehe aus hausärztlicher Sicht nach wie vor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. G 6).



B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 15. Mai 2007 auf eine Duplik und hält an ihren Anträgen und Ausführungen fest (act. G 8).

B.e Am 17. Oktober 2007 teilt Dr. B.\_\_\_\_ dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit, dass er seinen Bericht vom 22. Oktober 2006 ergänzen könne. Es sei ihm endlich gelungen, Zugang zu den den Beschwerdeführer belastenden Erlebnissen im Kosovo zu bekommen.

Der Beschwerdeführer sei 1992 oder 1993 mit seiner Familie mit dem Auto im Kosovo unterwegs gewesen, als er von der Polizei angehalten worden sei und habe aussteigen müssen. Als er die Busse von Fr. 2000.-- bis 3000.-- nicht habe bezahlen können, sei er mit dem Gewehrkolben niedergeschlagen, wieder hochgerissen und festgehalten worden, und es sei ihm ein Messer an die Kehle gesetzt bzw. die Messerspitze seitlich in den Hals gedrückt worden. Dabei habe er eine Schnittwunde erlitten und vor allem Todesangst ausgestanden, weil er gehört habe, dass Kosovaren von der Polizei massakriert würden. Zudem habe er um das Leben seiner im Auto sitzenden Frau und Kinder (11, 6 und 5 Jahre) gefürchtet. Gemäss dem ältesten Sohn, der sich noch gut an den Vorfall erinnere, habe sich der Beschwerdeführer danach verändert, sei zurückgezogener gewesen.

1999 sei der Beschwerdeführer nach dem Einmarsch der Nato nach Kosovo gereist, um nach seinem Haus zu sehen, von dem er gehört habe, dass es in Brand gesteckt worden sei. Er sei nach Mazedonien geflogen und von dort aus mit Bus, Taxi und per Anhalter zu seinem Haus gelangt. Auf den Strassen seien Tote mit durchgeschnittener Kehle, herausgeschnittenen Augen gelegen, einem Mann sei ein Teil der Haut abgezogen gewesen. An den Leichen hätten schon Hunde und Vögel gefressen. Wenn der Beschwerdeführer von diesen Bildern zögerlich spreche, werde seine Schilderung von Pausen unterbrochen, er sitze dann mit geschlossenen Augen da, wenn er diese wieder öffne, sei es, als ob er aus tiefem Schlaf erwache. Er brauche einige Sekunden, um sich zu orientieren. Dies entspreche eindeutig einem dissoziativen Bewusstseinszustand, der auf eine anhaltende bzw. chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10:F43) zurückzuführen sei. Der Sohn des Beschwerdeführers sage, dass diese Erfahrungen seinen Vater völlig fertig gemacht hätten. Seither sei er niedergeschlagen und habe zunehmend über körperliche Schmerzen geklagt. Der



Beschwerdeführer sage heute, dass die immer wieder auftauchenden Bilder schlimmer seien als die körperlichen Schmerzen, und wenn er daran denke, sich das Leben zu nehmen, gehe es ihm vor allem darum, die Bilder loszuwerden. Er (Dr. B.\_\_\_\_) sehe die körperlichen Beschwerden heute mehr den je als Konversionssymptome einer schweren dissoziativen Störung (ICD-10:F44), die Folge einer anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10:F43) seien. Die Entstehung der somatischen Konversionssymptomatik erkläre er sich vorerst folgendermassen: Nach dem Erlebnis im Kosovo 1999 sei es dem Beschwerdeführer schlecht ergangen und wie viele traumatisierte Menschen habe er nicht über das Erlebte sprechen wollen, bei der Arbeit habe er das vermutlich auch nicht gekonnt. Sein seelischer Schmerz sei ins Körperliche verdrängt worden als zunehmender Rückenschmerz. Der Beschwerdeführer sei ein gebrochener Mann. Wenn er über die belastenden Bilder spreche, werde er ruhiger und huste die ganze Zeit nicht. Da er heute Zugang zum Beschwerdeführer gefunden habe, versuche er erneut eine unterstützende medikamentöse Behandlung mit dem manchmal gut gegen Körperschmerzen wirkenden Antidepressivum "Cymbalta" (act. G 10.1).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007 und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. [BGE 127 V 467 E. 1 neues Fenster](#), [126 V 136 E. 4b neues Fenster](#), je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 4. Januar 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb



- soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

2.

Zunächst ist der Rüge des Beschwerdeführers nachzugehen, sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei verletzt worden.

2.1 Es entspricht allgemeinen rechtsstaatlichen Prinzipien, insbesondere dem verfassungsrechtlichen Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 [neues Fenster](#) Abs. 2 [BV neues Fenster](#)), dass die Entscheidungsgründe den Betroffenen bekanntgegeben werden ([BGE 117 Ia 3 E. 3 neues Fenster](#), [116 II 632 neues Fenster](#) mit Hinweisen; vgl. auch [BGE 117 Ib 492 E. 6b/bb neues Fenster](#) mit Hinweisen). Die Begründung muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person den Entscheid gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann, weshalb zumindest kurz die Überlegungen genannt werden müssen, von denen sich die Behörde leiten liess und auf welche sie ihren Entscheid stützt ([BGE 119 I 269 E. 4d](#)). Das bedeutet nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken ([BGE 117 Ib 86 neues Fenster](#), [492 E. 6b/bb neues Fenster](#), je mit Hinweisen; vgl. ferner [BGE 99 V 188 neues Fenster](#); [RKUV 1988 Nr. U 36 S. 44 f.](#), [1996 Nr. U 245 S. 156](#) sowie in [BGE 120 V 378 neues Fenster](#) nicht veröffentlichte E. 1a).

2.2 Die Beschwerdegegnerin beschränkte sich vorliegend auf folgende Begründung: "Bei dem von Dr. B.\_\_\_\_ eingereichten Bericht handelt es sich lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhaltes. Wir stützen uns nach wie vor auf das ABI-Gutachten... ." Damit hat sie die Überlegung genannt, von der sie sich leiten liess. Die Begründung ist darum knapp, weil unversöhnliche, unterschiedliche medizinische Auffassungen aufeinander stossen. Eine Verletzung der Begründungspflicht und damit des rechtlichen Gehörs liegt nicht vor, wenn die fachliche Auseinandersetzung missrät. Vielmehr fragt sich, ob alle Aspekte des Sachverhaltes richtig gewürdigt wurden und dabei von einem ausreichend erwiesenen Tatbestand ausgegangen werden kann.

3.



3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, und derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

3.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG 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 (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsrichter zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a; BGE 100 V 52 = ZAK 1985, 53, E. 4a mit Hinweisen). In



beweisrechtlicher Hinsicht gilt in Bezug auf alle Unterlagen der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 122 V 157; BGE 123 V 331 E. 1c).

4.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Notwendigkeit besteht, den Beschwerdeführer erneut psychiatrisch begutachten zu lassen, oder ob aufgrund der vorliegenden Akten ein Entscheid möglich ist, bzw. der Sachverhalt genügend abgeklärt worden ist (Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes).

4.1 Zum Zeitpunkt der Verfügung lagen der Beschwerdegegnerin die Arztberichte des Dr. B.\_\_\_\_ vom 11. August 2003, vom 19. Dezember 2005 und vom 22. Oktober 2006, von Dr. C.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2004 und vom 5. Oktober 2004, der ABI vom 25. August 2005 und vom 27. März 2006 und des Dr. I.\_\_\_\_, Orthopädie am Rosenberg, St. Gallen, vom 20. Februar 2003 sowie die Stellungnahme des RAD vom 20. Dezember 2006 vor.

4.2 Dr. C.\_\_\_\_ beurteilte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensadaptierten Tätigkeit am 28. Juli 2004 mit 25% und am 5. Oktober 2004 mit maximal 20%. Psychiatrisch diagnostizierte sie im Jahr 2004 eine posttraumatische Depression. Bereits 2003 hatte sie den Beschwerdeführer an den Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ überwiesen, weil sie den Verdacht hegte, dass seine körperlichen Beschwerden psychisch überlagert sein könnten. Dem damaligen Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ lässt sich keine psychiatrische Diagnose entnehmen. Jedoch wurde bereits damals festgehalten, dass die Angst, die der Beschwerdeführer zwar regelmässig in Träumen erlebe, im Wachen als Atemnot somatisiert werde und die unterdrückte Aggression sich im Husten zeige (act. G 4.1.8). Die ABI diagnostizierte im August 2005 eine leichte depressive Episode sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Der Beschwerdeführer erlebe seine Schmerzen als nicht veränderbar und sehe seine Zukunft entsprechend pessimistisch. In diesem Zusammenhang falle aber auf, dass im Rahmen einer stationären Therapie in der Klinik in Walzenhausen unter einer konsequenten Führung doch eine Verbesserung der Beschwerden habe erreicht werden können (act. G 4.1.25). Gemäss einer handschriftlichen Notiz auf dem Bericht von Dr. I.\_\_\_\_, Orthopädie am Rosenberg, St. Gallen, an Dr. C.\_\_\_\_, vom 20. Februar



2003 war der Rehabilitationsaufenthalt in der Rheinburg Klinik in Walzenhausen jedoch kein Erfolg (act. G 4.1.8). Da der Bericht der Rheinburg Klinik, der im Aktenverzeichnis der ABI fehlt, nicht in den Akten ist, lassen sich diese widersprüchlichen Angaben durch das Gericht nicht verifizieren.

4.3 Am 19. Dezember 2005 stellte Dr. B.\_\_\_\_ erstmals die Verdachtsdiagnose der Konversionsstörung (ICD-10 F 44). Er wies dabei auf die objektivierbaren Befunde - anhaltender Husten und Zähneknirschen - hin. Zu der aus der Konversionsstörung resultierenden Arbeitsunfähigkeit äusserte er sich nur insofern, als sie nach seiner Ansicht einen Anspruch auf eine Rente begründen würde (act. G 4.1.34). Sinn dieses Schreiben sei es gewesen, von der IV um seine Beurteilung des Beschwerdeführers angefragt zu werden. Es würde keinen Sinn machen, diese sonst nichts sagenden Zeilen an die ABI zur Beurteilung weiterzuleiten (act. G 4.1.65) Als die ABI zu diesem Kurzbericht Stellung nahm, hielt sie fest, dass der behandelnde Psychiater keine näheren Angaben zur Konversionsstörung gemacht habe, ausser den beobachteten Gedächtnisstörungen keinerlei psychiatrische Symptome feststellbar gewesen seien, diese aber nicht auf eine Konversionsstörung hindeuten würden, sondern vielmehr auf den Versuch, den schlechten Gesundheitszustand zu verdeutlichen. Denn die Gedächtnisstörungen, dissoziative Amnesie, würden meistens wichtige, kurz zurückliegende Ereignisse, die als traumatisierend erlebt würden, betreffen und nicht wie beim Beschwerdeführer frühkindliche Erfahrungen. Daraufhin reagierte Dr. B.\_\_\_\_ unter anderem damit, er habe nie behauptet, dass beim Beschwerdeführer eine Konversionsstörung aufgrund einer dissoziativen Gedächtnisstörung diagnostiziert werden könne. Der Beschwerdeführer sei von der ABI sorgfältig untersucht worden und das Gutachten sei basierend auf den zur Verfügung stehenden Angaben nachvollziehbar und schlüssig. Als Gutachter wäre er zu denselben Schlüssen gelangt. Der Mangel liege darin, dass er nie von der IV um eine Beurteilung des Beschwerdeführers angefragt worden sei und dass auch die ABI nicht auf die fehlenden Unterlagen hingewiesen habe (act. G 4.1.61). Dieser Bericht wurde der ABI nicht mehr vorgelegt. Stattdessen wurde er dem RAD unterbreitet. Dieser befand, dass es sich bei diesem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ nur um eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhaltes handle und eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes damit nicht ausgewiesen sei. Damit könne weiterhin auf das ABI-Gutachten abgestellt werden. Vorliegend handelt es sich jedoch nicht um eine



Rentenrevision, bei welcher eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden müsste, sondern um eine erstmalige Rentenprüfung, bei der festzustellen ist, woran der Beschwerdeführer leidet und wie sich dies auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt. Die Stellungnahme des RAD geht daher in die falsche Richtung.

4.4 Natürlich kann, wie der RAD in seiner Stellungnahme zutreffend ausführte, die Qualität des psychiatrischen Gutachtens nicht nur deshalb in Frage gestellt werden, weil der Gutachter keine Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater genommen hat oder zu einer unterschiedlichen Einschätzung gelangt. Wenn aber wie hier, der behandelnde Psychiater objektiv feststellbare Gesichtspunkte (Husten, Zähneknirschen) vorbringt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben sind, so sind Zweifel an der Vollständigkeit des Gutachtens berechtigt. Das Gericht ist von seiner Schlüssigkeit nicht überzeugt (vgl. BGE I 514/06 vom 25. Mai 2007 E.2.2.1 mit Hinweis auf EVG I 783/05 vom 18. April 2006 E. 2.2). Die Anordnung einer ergänzenden psychiatrischen Begutachtung erscheint daher sinnvoll. Es ist gerichtsnotorisch, dass heutzutage kein generelles fachliches Kompetenzgefälle zwischen Gutachtern und behandelnden Ärzten vorhanden ist. Daher ist auch deren Diagnosestellung grundsätzlich gleichwertig. Dass eine ergänzende psychiatrische Begutachtung sinnvoll ist, wird schliesslich dadurch bestätigt, dass Dr. B.\_\_\_\_ nach Abschluss des Schriftenwechsels vor dem Versicherungsgericht mitgeteilt hat, dass er inzwischen näheren Zugang zu den den Beschwerdeführer belastenden Ereignissen bekommen habe und die körperlichen Beschwerden deutlicher als Konversionssymptome einer schweren dissoziativen Störung sehe, die Folge einer anhaltenden posttraumatischen Belastungsstörung sei. Insgesamt ist das Gericht nicht überzeugt, dass der massgebende Sachverhalt in allen Teilen ausreichend erhellt ist. Eine vertiefende psychiatrische Abklärung erscheint bei diesem komplexen Schadensbild als geboten.

4.5 Die Sache ist daher zur ergänzenden psychiatrischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

5.



## St.Galler Gerichte

5.1 Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 neues Fenster Abs. 1<sup>bis</sup> IVG neues Fenster ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 neues Fenster lit. a ATSG neues Fenster kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

5.2 Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen. Die Kosten sind bei vollem Obsiegen des Beschwerdeführers der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen und dem Beschwerdeführer ist der Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 4. Januar 2007 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme von ergänzenden psychiatrischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen zurückgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.