



Fall-Nr.: IV 2008/223
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 26.06.2020
Entscheiddatum: 10.12.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 10.12.2009

Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung durch Einkommensvergleich. Abwägung der Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung behandelnder Ärzte und Kliniken einerseits und derjenigen der Arbeitsfähigkeitsschätzung in einem ABI-Gutachten andererseits. Kombination von körperlichen/somatischen und psychischen Beschwerden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Dezember 2009, IV 2008/223).

Vizepräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 10. Dezember 2009

in Sachen

R.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Joos, Rechtsanwälte Roos/

Roos-Niedermann, Postgasse 5, 9620 Lichtensteig,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

R. ___ meldete sich am 19. Dezember 2005 zum Bezug einer Invalidenrente an. Dr. med. A. ___ berichtete der IV-Stelle am 30. Dezember 2005, der Versicherte leide an einer schweren depressiven Entwicklung, an einer koronaren Herzkrankheit und an einem chronisch persistierenden Asthma bronchiale. Der Versicherte sei seit dem 30. Januar 2005 mit kurzen Unterbrüchen in seiner angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. Tätigkeiten mit vermehrter Dampf-, Rauch- oder Staubexposition seien zu vermeiden. Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit aber durch die Depression eingeschränkt. Diesem Bericht von Dr. med. A. ___ lag u.a. ein Austrittsbericht der Klinik Gais vom 13. September 2005 bei. Der Versicherte hatte sich vom 22. Februar bis 18. März 2005 zur Rehabilitation stationär dort aufgehalten. Die Ärzte der Klinik Gais hatten folgende Diagnose gestellt: mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom und hypochondrischen Ängsten, koronare Herzkrankheit mit Zustand nach Stenteinlage sowie Spannungskopfschmerzen. Der Versicherte hatte den Ärzten der Klinik Gais angegeben, nach einem Schwächeanfall mit Sturz am Arbeitsplatz in einer Restaurantküche sei ein massiver Kraftverlust eingetreten. Er könne sich kaum mehr konzentrieren und er fühle sich nicht mehr leistungsfähig. Die Angst, einen Herzinfarkt zu erleiden, und die Beschäftigung mit seinen Kopfschmerzen schränkten ihn während der Arbeit stark ein. Seit etwa einem Jahr leide er ausserdem an Ein- und Durchschlafstörungen und er grübele oft über seine Beschwerden sowie darüber nach, dass er dem Stress als Koch nicht mehr gewachsen sein könnte. Die Ärzte der Klinik Gais hatten bei der Erhebung des Psychostatus festgestellt, dass hypochondrische Ängste bestanden, dass der Versicherte teilweise Panikattacken unterworfen war und dass Hinweise auf eine zwanghafte Ordentlichkeit, allerdings ohne ausgeprägte Zwangssymptome, vorlagen. Wahnhinhalte, Sinnestäuschungen oder Ichstörungen hatten nicht festgestellt werden können. Affektiv war der Versicherte bei getrübler Grundstimmung verzweifelt und hoffnungsarm gewesen. Die Schwingungsfähigkeit war



eingeschränkt gewesen und beim Versicherten war eine deutliche innere Unruhe und Reizbarkeit zu erkennen gewesen. Er hatte im Antrieb reduziert und psychomotorisch unruhig gewirkt. Die mittelschwere depressive Symptomatik hatte sich nach der Einleitung einer antidepressiven medikamentösen Therapie langsam gebessert. Geblieben waren ausgeprägte Ängste vor erneuten pektanginösen Beschwerden und die Spannungskopfschmerzen.

B.

B.a Das Gasthaus B.____ teilte der IV-Stelle am 25. Januar 2006 mit, der Versicherte sei vom 1. September 1993 bis zum 31. Januar 2006 als Hilfskoch beschäftigt worden. Aktuell würde der Lohn Fr. 58'500.- betragen. Die Ärzte des Psychiatrischen Zentrums Wattwil berichteten der IV-Stelle am 14. Februar 2006, es bestehe eine mittelgradige depressive Episode. Der Versicherte sei seit dem 5. Mai 2005 als Hilfskoch zu 100% arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Der Versicherte klagt über Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Interesselosigkeit, Nervosität, Kopfschmerzen, linksseitig thorakale und Schulterschmerzen sowie über einen sozialen Rückzug. Er habe hohe Ansprüche an seine Tätigkeit und gerate dadurch in arbeitsintensiven Zeiten unter Druck. Die Arbeit als Hilfskoch sei nicht mehr zumutbar. In einer strukturierten Tätigkeit in stressreduzierter Umgebung, die leicht zu lernen sei, wäre dem Versicherten eine tägliche Arbeitszeit von acht Stunden zumutbar. Am 9. Februar 2006 berichtete die Klinik Gais der IV-Stelle, mit Ciprallex und Seroquel sei es während des stationären Aufenthalts zu einer langsamen Besserung und zu einer Stabilisierung der Störung gekommen. Die hypochondrischen Ängste vor erneuten pektanginösen Ereignissen hätten jedoch weiterbestanden. Der Versicherte habe unter einem konstant bestehenden Spannungskopfschmerz gelitten. Im Rahmen erfolgreicher medizinischer Massnahmen seien körperlich leichte Arbeiten mit ausgeglichener Arbeitsbelastung vorstellbar. Ausgeprägte Stresssituationen sollten vermieden werden. Eine Stellungnahme zur aktuellen Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich. Die psychiatrische Klinik Wil, in der sich der Versicherte seit dem 10. Januar 2006 aufhielt, berichtete am 6. März 2006, der Versicherte leide an einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen, an sonstigen Formen einer chronischen ischämischen Herzkrankheit und an einer chronischen migräniformen Cephalaea. Seit Mai 2005 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Erst im Verlauf



der Hospitalisation habe der Versicherte über akustische Halluzinationen berichtet. Innere Stimmen forderten ihn auf, die eigenen Kinder zu töten. Auf die Frage nach der Prognose gaben die Ärzte der psychiatrischen Klinik Wil an, inwieweit sich der Krankheitsverlauf zukünftig bezüglich Symptomausprägung progressiv und/oder gegebenenfalls fluktuierend darstellen werde, sei neben beeinflussbaren Umweltfaktoren (z.B. Erhalt eines stabilen sozialen Gefüges) von der medikamentösen Langzeitwirkung und den psychotherapeutischen Erfolgen abhängig. Im Verlauf der stationären Behandlung habe die Schwingungsfähigkeit deutlich zugenommen, die Kontaktaufnahme habe sich verbessert, die somatischen Beschwerden seien langsam in den Hintergrund gerückt bei gleichzeitiger vertrauensvoller Darstellung belastender psychischer und psychotischer Störungen. Eine begleitete, gut strukturierte Industriearbeit wäre dem Versicherten möglich. Bei genügender Erholungszeit wären die Leistungs- und Konzentrationsanforderungen während vier bis sechs Stunden erfüllbar. Am 3. Mai 2006 gab die psychiatrische Klinik ergänzend an, es hätten sich weitere psychotische Inhalte eruieren lassen. Der Versicherte gebe an, täglich kommentierende, dialogisierende und imperative Stimmen zu hören. Diese seien phasenweise begleitet von übersteigerten Ideen und Befürchtungen, durch bekannte/ unbekannte Personen (u.a. auch als Besitzer der Stimmen) beobachtet zu werden. Diese Symptomatik bestimme seit längerer Zeit, wahrscheinlich bereits vor 2005, den Alltag des Versicherten. Das starke Bemühen, derartige paranoid-halluzinatorische Phänomene abzuwehren, verstärkte die vorbestehenden somatischen Beschwerden im Sinne einer Somatisierung. Unter Amisulprid bestehe eine teilweise Coupierung der Symptome, zumindest eine Frequenzabnahme von akustischen Halluzinationen und Beobachtungsideen.

B.b Am 11. Mai 2006 teilte die psychiatrische Klinik Wil dem Ambulatorium für Sozialpsychiatrie in Wattwil mit, dass der Versicherte an einer paranoid halluzinatorischen Psychose, aktuell depressive Begleitsymptomatik, leide. Der Versicherte berichte weiterhin, allerdings in einem wesentlich niedrigeren Ausmass (statt täglich noch maximal dreimal wöchentlich), von den bekannten akustischen Halluzinationen. Die Verfolgungs-/ Beobachtungsideen seien nahezu vollständig beseitigt. Insbesondere könne sich der Versicherte inzwischen ausreichend von derartigen Phänomenen distanzieren. Nach einer anhaltenden Stimmungsaufhellung zeigten sich nur noch vereinzelt depressive



Züge. Erst im Verlauf der stationären Behandlung habe der Versicherte begonnen, von akustischen Halluzinationen zu berichten. Später habe der Versicherte vertrauensvoll von weiteren psychotischen Inhalten berichtet, so dass keinesfalls länger von isoliert vorkommenden akustischen Halluzinationen im Rahmen einer depressiven Grunderkrankung habe ausgegangen werden können. Aufgrund der eigenanamnestischen Angaben sei von einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode bei zum Teil vorbestehenden multiplen psychosomatischen und somatischen Beschwerden auszugehen. Im Rahmen dieser depressiven Entwicklung habe sich das Stimmenhören als isoliertes psychotisches Symptom herausgebildet. Psychotische Symptome liessen sich aktuell psychodiagnostisch weder ausschliessen noch nachweisen. Das Verhalten zeige keine Ambivalenz, wie sie für psychotische Zustände typisch sei. Eine Simulation psychotischer und/oder dissoziativer Symptome lasse sich nicht ganz ausschliessen. Im Verhalten und in der Kommunikation gebe es zur Zeit keine Hinweise auf psychotische Symptome. Diese schienen auf das Erleben des Stimmenhörens beschränkt zu sein.

C.

C.a Die IV-Stelle beauftragte am 2. April 2007 das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI in Basel mit einer interdisziplinären Abklärung. Die Sachverständigen des ABI führten in ihrem Gutachten vom 18. Januar 2008 aus, bei der psychiatrischen Abklärung habe der Versicherte angegeben, er sehe mehr oder weniger täglich die Bilder einer Frau und eines Mannes, die ihm sagten, er solle seine Familie töten. Diese verrückten Dinge habe er seit dem zweiten Monat seines Klinikaufenthalts gesehen und gehört. Er nehme regelmässig Seroquel, Solian, Zolofit und Cymbalta ein. Alle zwei bis drei Wochen habe er ein psychotherapeutisches Gespräch. Der älteste Sohn sei geistig behindert und besuche eine heilpädagogische Schule, die beiden jüngeren Söhne besuchten Regelklassen. Er sei leicht reizbar, rege sich schnell auf und werde dann gegenüber den Kindern und gegenüber der Ehefrau verbal aggressiv. Seine Kinder und seine Ehefrau hätten Angst vor ihm. Er habe das Interesse an sexuellen Kontakten verloren. Meist gehe er um Mitternacht ins Bett und um drei Uhr sei er schon wieder wach. Er habe kein Interesse, gross etwas zu unternehmen. Er erledige kleinere Einkäufe und kleinere Arbeiten im Haushalt. Wenn er zuhause sei, lese er schweizerische und albanische Zeitungen und er sehe fern. Am Abend mache er oft



einen Spaziergang. Er begleite seine Kinder regelmässig zum Fussballspielen. Zu seiner Schwester und deren Familie halte er regelmässigen Kontakt. Von den Kollegen habe er sich etwas zurückgezogen. Er sei verschlossener geworden. Aufgrund der Schmerzen und aufgrund des Asthmas könne er nicht mehr arbeiten. Er habe sich vom Hilfskoch zum Koch hochgearbeitet. Mit seiner Leistung sei man immer zufrieden gewesen.

C.b In seiner Beurteilung wies der psychiatrische Sachverständige darauf hin, dass der Bericht der psychiatrischen Klinik Wil widersprüchlich sei. Die Klinikärzte hätten eine paranoid-halluzinatorische Psychose diagnostiziert. Sie hätten aber auch erwähnt, dass der Versicherte erst im Verlauf der Hospitalisation die Symptome angegeben habe, dass diese Symptome gut auf Neuroleptika angesprochen hätten und dass der Versicherte in einem deutlich besseren psychischen Gesundheitszustand entlassen worden sei. Während des stationären Aufenthalts sei eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt worden, wobei die Hinweise auf eine Psychose fraglich gewesen seien, keine Grundsymptome festgestellt worden seien und auch der Verdacht einer Aggravation geäussert worden sei. Der psychiatrische Sachverständige führte weiter aus, der Versicherte klage noch immer über akustische und optische Halluzinationen. In der Affektivität und im Denken bestünden keine Einschränkungen und Auffälligkeiten. Eine schizophrene Störung zeige sich aber nicht nur im Wahnerleben, sondern auch in typischen Denkstörungen und in Störungen der Affektivität, der Entscheidungsfähigkeit, der Ambivalenz usw. Alle diese Grundsymptome fehlten beim Versicherten, so dass die Diagnose einer psychotischen Störung nicht gestellt werden könne. Im Alltag sei der Versicherte durch einen geringen sozialen Rückzug, eine Libidoverminderung und eine leichte Reizbarkeit nicht wesentlich eingeschränkt. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei die Stimmung des Versicherten ausgeglichen gewesen. Ausser den Klagen über die optischen und akustischen Halluzinationen hätten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden können. Im Vordergrund stehe eine rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig leicht ausgebildet sei. Die depressive Störung sei der Grund für den stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik Wil gewesen. Dem Austrittsbericht lasse sich entnehmen, dass sich die Depression während des Klinikaufenthalts wesentlich zurückgebildet habe. Es stelle sich die Frage, ob der Versicherte allenfalls von Mitpatienten beeinflusst angefangen habe, über diese "Erscheinungen" zu klagen,



St.Galler Gerichte

um seinen schlechten Gesundheitszustand zu verdeutlichen. Allenfalls könnte es sich auch um optische und akustische Halluzinationen im Rahmen einer depressiven Erkrankung handeln. Es falle auf, dass der Versicherte die verordneten Psychopharmaka nicht einnehme, obwohl er das Gegenteil angegeben habe. Auch dies spreche gegen eine schwere psychiatrische Störung. Die bestehende leichte depressive Störung sei durch eine antidepressive Therapie behandelbar. Die geklagten somatischen Symptome könnten nicht vollständig objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Es handle sich um eine somatoforme Schmerzstörung. Aus psychiatrischer Sicht sei es dem Versicherten zumutbar, ganztags einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wobei die Leistungsfähigkeit um 20% vermindert sei. Der neurologische Sachverständige gab im Gutachten an, der Versicherte leide an chronischen täglichen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, überlagert von migräniformen Exazerbationen (DD: analgetikainduzierte Kopfschmerzen), an einer vorwiegend tendomyogen bedingten Zervikalgie, an einer Lumbalgie und an einer leicht verminderten Vibrationsempfindung im Bereich der oberen und unteren Extremitäten sowie an einer verminderten Schmerzempfindung im Bereich des ganzen linken Fusses unklarer Aetiologie (DD: sensible Polyneuropathie). Schwere und anhaltend mindestens mittelschwere körperliche Tätigkeiten und Tätigkeiten in lärmiger Umgebung seien nicht mehr zumutbar. Körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Stellung (sitzend, stehend, gehend) seien ganztags zumutbar. Empfehlenswert wäre ein Analgetikaentzug. Der kardiologische Sachverständige berichtete, beim Versicherten bestehe eine diffuse koronare Herzkrankheit mit erhaltener linksventrikulärer Pumpfunktion bei St. n. mehrfachen PTCA-Interventionen und persistierenden Angina pectoris-Beschwerden ohne objektiven Ischämienachweis. Der Versicherte sei einsetzbar für eine sitzende Tätigkeit ohne körperliche Belastung mit gelegentlichem Gehen.

C.c Die Gesamtdiagnose aller beteiligten Fachgebiete lautete: rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leichte Episode), anhaltende somatoforme Schmerzstörung, chronische koronare 3-Ast-Erkrankung, chronische tägliche Kopfschmerzen vom Spannungstyp, überlagert von migräniformen Exazerbationen, vorwiegend tendomyogen bedingte Zervikalgie, Lumbalgie, ausserdem – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – metabolisches Syndrom, Asthma bronchiale und unspezifische leichte Sensibilitätsstörung an den Extremitäten. In ihrer



Gesamtbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, der Versicherte sei polydisziplinär betrachtet für eine körperlich anhaltend mindestens mittelschwere Tätigkeit (inklusive als Koch im Restaurant) arbeitsunfähig. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Arbeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Die Arbeitsunfähigkeit als Koch bestehe seit dem 5. Mai 2005. Da kein schweres psychisches Leiden vorliege, sei dem Versicherten die Willensanstrengung zumutbar, einer regelmässigen Erwerbstätigkeit im Rahmen der von somatischer Seite festgestellten Möglichkeiten nachzugehen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der psychiatrischen Klinik Wil sei nicht nachvollziehbar.

D.

Die IV-Stelle ermittelte ausgehend von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% und von einem weiteren Abzug vom statistischen Durchschnittseinkommen von 10% einen Invaliditätsgrad von 28%. Mit einem Vorbescheid vom 19. Februar 2008 teilte sie dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, sein Rentenbegehren abzuweisen. Der Versicherte wendete am 13. März 2008 ein, seit 2005 begleiteten ihn die körperlichen und psychischen Beschwerden tagtäglich. Auch an eine leichtere Tätigkeit sei nicht zu denken. Mit einer Verfügung vom 8. April 2008 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab.

E.

Der Versicherte liess am 9. Mai 2008 Beschwerde erheben und beantragen, es sei ein Beweisverfahren zur Neubestimmung des Invaliditätsgrades durchzuführen und anschliessend sei ihm mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Zur Begründung liess er geltend machen, gemäss den übereinstimmenden Diagnosen in den verschiedenen medizinischen Berichten leide er an einer depressiven Störung, einer somatoformen Schmerzstörung, einer koronaren Herzkrankheit, an chronischen migräneartigen Spannungskopfschmerzen sowie an einem Asthma bronchiale. Im Bericht der psychiatrischen Klinik Wil sei eine paranoid-halluzinatorische Psychose diagnostiziert worden. Das ABI habe diese Diagnose in Frage gestellt. Damit sei zu prüfen, welche Diagnose glaubwürdiger sei. Die Ärzte der Institutionen in Wil und Wattwil seien mit seinem Krankheitsbild bestens vertraut, da sie sich mehrfach und



über einen längeren Zeitraum persönlich mit ihm befasst hätten. Deshalb könnten sie das Krankheitsbild gut beurteilen. Sie seien Fachexperten und deshalb fähig, eine zuverlässige Beurteilung abzugeben. Die Begründung für die paranoid-halluzinatorische Psychose in den Berichten der psychiatrischen Klinik Wil vom 3. und vom 11. Mai 2006 sei plausibel, glaubwürdig und nachvollziehbar. Die ABI-Sachverständigen hätten sich auf eine knapp einstündige Begutachtung und auf das Studium der medizinischen Akten gestützt. Deshalb hätten sie ihn weit weniger gut einschätzen können. Aufgrund des Informationsvorsprungs müsse der Einschätzung der Experten der Institutionen in Wil und Wattwil der Vorrang gegeben werden. Er habe nicht die Einnahme wirksamer Medikamente verweigert, sondern nur die nicht wirkenden Medikamente in Absprache mit dem Hausarzt abgesetzt. Es sei somit von einer paranoid-halluzinatorischen Psychose auszugehen. Zumutbar seien somit nur noch körperlich leichte, strukturierte und leicht zu erlernende Tätigkeiten in einer stressreduzierten und begleiteten Umgebung. In einer solchen Tätigkeit sei er maximal vier bis sechs Stunden täglich arbeitsfähig. Das Valideneinkommen 2007 betrage Fr. 59'143.50. Das zumutbare Invalideneinkommen müsse mittels einer Expertise ermittelt werden. Es dürfte kaum mehr als die Hälfte des von der IV-Stelle berücksichtigten Invalideneinkommens betragen.

F.

Die IV-Stelle beantragte am 9. Juli 2008 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, der Einschätzung des ABI komme ein grosses Gewicht zu, weil es sich um eine spezialisierte, erfahrene Gutachterstelle handle und weil ein polydisziplinärer Ansatz zur Anwendung gekommen sei. Der Versicherte übersehe, dass sich der psychiatrische Sachverständige auf eine umfassend erhobene Anamnese und auf die Vorakten habe abstützen können. Der Verweis darauf, dass der Versicherte seine Psychopharmaka nicht einnehme, spreche deutlich gegen eine schizophrene Störung. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI verstosse allerdings gegen die bundesgerichtliche Praxis, denn diese gehe davon aus, dass die leichte depressive Störung und die somatoforme Schmerzstörung durch eine zumutbare Willensanstrengung überwunden werden könnten. Bei einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit resultiere aus dem "Leidensabzug" von 10% ein Invaliditätsgrad von 10%.



G.

In der Replik vom 29. August 2008 liess der Versicherte einwenden, die Ärzte der Kliniken in Wil und Wattwil hätten seine Gesundheit und seine Persönlichkeit bestens gekannt, während der psychiatrische Sachverständigen des ABI seine Informationen nur aus den Akten und aus einer knapp einstündigen Besprechung habe schöpfen können. Da er bisher keine Psychopharmaka erhalten habe, die seine psychotischen Störungen behoben hätten, sei es legitim gewesen, die ihm verschriebenen Medikamente abzusetzen. Die psychotische Störung müsse genauer abgeklärt werden. Aufgrund der zahlreichen dem ABI-Gutachten widersprechenden Arztberichte stehe fest, dass er keine normale Arbeitsstelle mehr bekleiden könne. Deshalb könne er nur noch einen Minimallohn erzielen.

H.

Die IV-Stelle verzichtete am 9. September 2008 auf eine Duplik.

Erwägungen:

1.

Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Die Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit, also insbesondere die Koronarerkrankung, die Zervikalgie, die Lumbalgie und das Asthma haben nur eine sogenannt "qualitative" Arbeitsunfähigkeit zur Folge, d.h. sie verengen nur den für den Beschwerdeführer noch in Frage kommenden Ausschnitt aus dem Arbeitsmarkt. Innerhalb dieses verbleibenden Ausschnitts besteht eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Es muss sich um eine körperlich leichte, höchstens



intermittierend mittelschwere Tätigkeit handeln. Der allgemeine und ausgeglichene Arbeitsmarkt weist derartige Arbeitsplätze auf. Wäre die Gesundheitsbeeinträchtigung auf den Körper beschränkt, so wäre der Beschwerdeführer in einer adaptierten Erwerbstätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig. Nun kommt aber eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit hinzu. Die ärztlichen Einschätzungen weichen hier nicht nur in bezug auf die Diagnose, sondern auch in bezug auf die Arbeitsfähigkeit voneinander ab. Einigkeit besteht nur darin, dass jedenfalls eine Depression vorliegt und dass die körperlichen Beschwerden psychisch überlagert sind. Während die behandelnden Ärzte immer eine mindestens mittelschwere Ausprägung der Depression angegeben haben, ist der psychiatrische Sachverständige des ABI zur Auffassung gelangt, es liege nur eine leichte Depression vor. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist diese Einschätzung des psychiatrischen Sachverständigen des ABI nicht dadurch in ihrer Überzeugungskraft eingeschränkt, dass nur ein etwa einstündiger Untersuchungsbericht stattgefunden hat, denn dieser Untersuchungsbericht hat auf der Grundlage der durch die umfangreichen medizinischen Vorakten erlangten Kenntnis des Falles des Beschwerdeführers ausgereicht, um eine überzeugende Diagnose stellen zu können. Die behandelnden Psychiater hatten also keinen wie auch immer gearteten Informationsvorsprung gegenüber dem psychiatrischen Sachverständigen des ABI. Obwohl der Beschwerdeführer die ihm verschriebenen Antidepressiva nachweislich nicht eingenommen hatte, sind die anlässlich der Begutachtung beobachteten und von ihm selbst geschilderten Depressionssymptome so wenig ausgeprägt gewesen, dass sie nur eine leichtgradige Krankheitsausprägung angezeigt haben. Die behandelnden Psychiater haben sich nicht zur Compliance des Beschwerdeführers bei der Einnahme der verschriebenen Antidepressiva geäußert. Das lässt darauf schliessen, dass sie die korrekte Einnahme unterstellt haben. Deshalb ist es durchaus möglich, dass die Einstufung der Depression als mittelschwer oder sogar als schwer teilweise darauf zurückzuführen ist, dass die behandelnden Psychiater nicht die erwartete Wirkung der Antidepressiva haben beobachten können und deshalb in der Annahme, der Beschwerdeführer sei medikamentös bestmöglich versorgt, eine grundsätzlich stark ausgeprägte Depression angenommen haben. Die Stärke der Depression – und damit deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers – kann für die Bemessung des Invalideneinkommens nur in dem Ausmass relevant sein, als sie auch bei bester medikamentöser Behandlung nicht mehr



vermindert werden kann. Die Einnahme der dem Beschwerdeführer verschriebenen Antidepressiva kann ohne weiteres als zumutbar betrachtet werden. Unter diesen Umständen ist die Einschätzung der Stärke der Depression durch den psychiatrischen Sachverständigen des ABI deutlich überzeugender als die Einschätzung durch die verschiedenen behandelnden Psychiater, zumal behandelnde Ärzte erfahrungsgemäss dazu neigen, den Gesundheitszustand ihres Patienten pessimistischer einzuschätzen als unabhängige medizinische Sachverständige. Besonders bei psychischen Beeinträchtigungen wie etwa der Depression oder der somatoformen Schmerzstörung besteht diesbezüglich naturgemäss ein grosser Ermessensspielraum, denn die Stärke der Symptome kann nur beobachtet und den Schilderungen des Patienten entnommen, aber nicht gemessen werden.

1.2 Der Beschwerdeführer scheint davon auszugehen, dass die Diagnose einer paranoiden Psychose – entweder für sich allein oder im Zusammenwirken mit der Depression und der somatoformen Schmerzstörung – ohne weiteres die behauptete hohe Arbeitsunfähigkeit auslöse. Akustische Halluzinationen beeinträchtigen aber nicht notwendigerweise die Arbeitsfähigkeit, sofern sie vom Patienten kontrolliert werden können oder sofern sie medikamentös herabgemindert oder beseitigt werden können. Die psychiatrische Klinik Wil hat in ihrem Bericht vom 11. Mai 2006 die durch den Beschwerdeführer geklagten psychotischen Symptome in einen Zusammenhang mit der depressiven Entwicklung gestellt und darauf hingewiesen, dass sich die durch die akustischen Halluzinationen ausgelöste Angst und die Anstrengung, diese Halluzinationen abzuwehren, in einer Somatisierung ausgewirkt hätten. Allerdings konnten die Ärzte der psychiatrischen Klinik Wil das Auftreten von Halluzinationen beim Beschwerdeführer psychodiagnostisch nicht nachweisen. Sie schlossen nicht aus, dass die angegebenen psychotischen und dissoziativen Symptome simuliert sein könnten. Der psychiatrische Sachverständige des ABI hat die Diagnose einer paranoid halluzinatorischen Psychose nicht übernommen. Er muss also davon ausgegangen sein, dass der Beschwerdeführer gar keine Halluzinationen habe. Begründet hat er dies damit, dass bereits die psychiatrische Klinik Wil das Fehlen der Grundsymptome einer derartigen Psychose eingestehen müssen. Es fehlten sämtliche Symptome wie die typischen Denkstörungen, die Störungen der Affektivität und der Entscheidungsfähigkeit, die Ambivalenz usw. Für die Richtigkeit dieser Einschätzung spricht der Umstand, dass der Beschwerdeführer erstmals zwei Monate nach Beginn



der stationären Behandlung in der psychiatrischen Klinik Wil im Frühjahr 2006 über akustische Halluzinationen zu berichten begonnen hatte. Obwohl er den Ärzten der psychiatrischen Klinik Wil angegeben hatte, er habe bereits 2005 an dieser Symptomatik gelitten, hatte er weder während des stationären Aufenthalts in Gais noch gegenüber seinem Hausarzt je eine entsprechende Andeutung gemacht. Zudem hatte der Beschwerdeführer während des Aufenthalts in der psychiatrischen Klinik nur akustische Halluzinationen (Stimmen) angegeben. Gegenüber dem psychiatrischen Sachverständigen des ABI hat er dann zusätzlich auch noch über optische Halluzinationen geklagt. Wäre es dem Beschwerdeführer, wie die Ärzte der psychiatrischen Klinik Wil angenommen haben, nur aufgrund des mit den behandelnden Klinikärzten aufgebauten Vertrauensverhältnisses möglich geworden, über die Halluzinationen zu berichten, dann ist nicht einzusehen, warum er nicht ihnen, sondern erst dem psychiatrischen Sachverständigen des ABI erstmals zusätzliche optische Halluzinationen angegeben hat. Dass diese erst nachträglich hinzugekommen wären, ist vom Beschwerdeführer nicht behauptet worden. Trägt man auch noch der Tatsache Rechnung, dass der Beschwerdeführer die verschiedenen Neuroleptika nicht oder nicht korrekt eingenommen hat, obwohl ihm die Halluzinationen angeblich grosse Angst einflössen, so bestehen berechtigte Zweifel daran, dass der Beschwerdeführer effektiv an akustischen oder an optischen Halluzinationen leidet bzw. je gelitten hat. Es ist also von der Möglichkeit auszugehen, dass er stattdessen diese Halluzinationen während des stationären Aufenthalts in der psychiatrischen Klinik Wil erfunden hat, um die aggravierend geschilderten anderen Beschwerden als überzeugend erscheinen zu lassen. Von weiteren psychiatrischen Abklärungen ist kein näherer Aufschluss über die Existenz der behaupteten optischen und akustischen Halluzinationen seit 2005 zu erwarten, denn andernfalls hätte der psychiatrische Sachverständige des ABI diese Abklärungen vorgenommen. Selbst wenn man die Auffassung des psychiatrischen Sachverständigen des ABI, es liege keine paranoid halluzinatorische Psychose vor, als nicht überwiegend wahrscheinlich qualifizieren wollte, so gilt das doch auf jeden Fall auch für die gegenteilige Auffassung der behandelnden Psychiater. Da es sich bei dieser Krankheit um einen leistungs begründenden Sachverhalt handeln würde, trägt der Beschwerdeführer den Nachteil der Beweislosigkeit. Das bedeutet, dass die behaupteten Halluzinationen als wichtige Teilursache der Depression und der Somatisierung fehlen. Im übrigen hatten die Ärzte der psychiatrischen Klinik Wil in



ihrem Bericht vom 11. Mai 2006 einen deutlich gebesserten Gesundheitszustand beim Austritt angegeben. Dies spricht für die Richtigkeit der Einschätzung der Schwere der Depression und der somatoformen Schmerzstörung durch den psychiatrischen Sachverständigen des ABI. Demnach steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht nur an einer leichten Depression und an einer ebensolchen somatoformen Schmerzstörung leidet. Die vorhandenen medizinischen Akten belegen auch für die Zeit vor der Begutachtung keine höhere Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, so dass sich auch diesbezüglich die Angaben im Gutachten des ABI als überwiegend wahrscheinlich richtig erweisen.

1.3 Gemäss den überzeugenden Angaben im Gutachten des ABI ist der Beschwerdeführer durchgehend seit dem Ablauf des Wartejahres in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Erwerbstätigkeit zu 80% arbeitsfähig. Die von der Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die einschlägige Bundesgerichtspraxis (vgl. die in der Beschwerdeantwort angegebenen Bundesgerichtsentscheide) selbst angestellte Arbeitsfähigkeitsschätzung (Arbeitsfähigkeit 100%) überzeugt nicht, denn die Sachverständigen des ABI haben dem Umstand, dass eine objektiv zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung unterstellt werden muss, korrekt Rechnung getragen werden. Der Beschwerdeführer leidet nämlich nicht nur an einer Depression oder an einer somatoformen Schmerzstörung, sondern an einer Kombination aus diesen beiden Krankheiten. Hinzu kommen diverse Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit, die im Zusammenwirken mit den psychischen Beeinträchtigungen durchaus geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit zu reduzieren. Es ist deshalb plausibel, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung nur zum Teil durch eine objektiv zumutbare Willensanstrengung überwinden könnte. Entgegen der von der Beschwerdegegnerin offenbar vertretenen Auffassung ist nämlich nicht generell jede durch eine somatoforme Schmerzstörung oder durch eine Depression ausgelöste Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung durch eine objektiv zumutbare Willensanstrengung vollständig überwindbar. Vielmehr ist das Ausmass der Überwindbarkeit in jedem Einzelfall durch den medizinischen Sachverständigen zu ermitteln. Bei der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens des Beschwerdeführers ist somit von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% auszugehen.



1.4 Der Beschwerdeführer geht keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Sein Invalideneinkommen ist deshalb praxisgemäss anhand eines statistischen Durchschnittseinkommens zu ermitteln. Da das sogenannte Wartejahr im Jahr 2006 abgelaufen wäre, ist auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Lohnstrukturerhebung 2006 abzustellen. Da der Beschwerdeführer seine verbliebene Arbeitsfähigkeit in vielen Branchen verwerten könnte, ist auf das Durchschnittseinkommen aller Branchen abzustellen. Der entsprechende Zentralwert aller Hilfsarbeitereinkommen belief sich gemäss der Tabelle TA1 auf Fr. 4732.-, umgerechnet von 40 auf den schweizerischen Durchschnitt von 41,7 Wochenarbeitsstunden Fr. 4933.10 bzw. 59'197.-. Dieser Betrag liegt über dem Valideneinkommen für 2006 von Fr. 58'500.- und ist deshalb praxisgemäss (vgl. BGE 134 V 322 ff.) zu kürzen, indem zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens nicht vom aufgewerteten Zentralwert, sondern von Fr. 58'500.- ausgegangen wird. Bei einem dem Arbeitsfähigkeitsgrad entsprechenden Beschäftigungsgrad von 80% resultiert ein Einkommen von Fr. 46'800.-. Der Beschwerdeführer weist insbesondere aufgrund seiner Nachteile gegenüber gesunden Konkurrenten für einen adaptierten Arbeitsplatz einen erheblichen indirekt krankheitsbedingten Nachteil auf. Ein potentieller Arbeitgeber würde nämlich mit überdurchschnittlichen Krankheitsabsenzen des Beschwerdeführers rechnen, er würde berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer sowohl in bezug auf die Tagesarbeitszeit (Überstunden) wie in bezug auf den Arbeitsplatz selbst (leicht bis intermittierend mittelschwer) sehr unflexibel ist und dass er seitens der Kollegen und der Vorgesetzten besonderer Rücksichtnahme bedarf usw. Alle diese Nachteile stellen aus betriebswirtschaftlicher Sicht zusätzliche Lohnkosten dar. Diesen Kostennachteil müsste der Beschwerdeführer dadurch kompensieren, dass er seine Arbeitskraft zu einem unterdurchschnittlichen "Preis" anbieten würde, m.a.W. sein zumutbares Invalideneinkommen liegt unter dem auf 80% reduzierten Zentralwert aller Löhne (gesunder) Hilfsarbeiter. Die Nachteile des Beschwerdeführers sind insbesondere aufgrund der Vielzahl von Beeinträchtigungen der Gesundheit erheblich. Ein zusätzlicher Abzug von 15% erscheint als angemessen. Damit resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 39'780.-. Die Erwerbseinbusse von Fr. 18'720.- entspricht einem Invaliditätsgrad von 32%. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb im Ergebnis zu Recht einen Invalidenrentenanspruch des Beschwerdeführers verneint.



2.

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr bemisst sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Praxisgemäss erweist sich eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- als angemessen. Grundsätzlich hat der vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführer diese Gerichtsgebühr zu bezahlen. Da ihm aber die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist, wird er von der Bezahlung dieser Gerichtsgebühr befreit. Sollten es seine wirtschaftlichen Verhältnisse in der Zukunft einmal gestatten, wäre er allerdings zur Nachzahlung der Gerichtsgebühr verpflichtet (Art. 288 Abs. 1 ZPG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP). Da der Beschwerdeführer vollumfänglich unterliegt, hat er keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung durch die Beschwerdegegnerin. Stattdessen hat sein Rechtsbeistand einen Anspruch auf Deckung der Kosten der Rechtsvertretung durch den Staat. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG sind die Parteikosten nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. Diese Kriterien würden im vorliegenden Fall Parteikosten von Fr. 3500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) rechtfertigen. Die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes beträgt gemäss Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes 80% dieses Betrages. Der Staat hat den Rechtsbeistand also mit insgesamt Fr. 2800.- zu entschädigen. Auch hier gilt, dass der Beschwerdeführer bei einer zukünftigen Verbesserung seiner wirtschaftlichen Situation zu einer Rückzahlung verpflichtet wäre.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.- befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2800.-.