



Fall-Nr.: IV 2006/116
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 12.05.2020
Entscheiddatum: 15.05.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 15.05.2007

Art. 8 Abs. 1 ATSG; Art. 28 Abs. 1 IVG; Bemessung des Invaliditätsgrads, beweisrechtliche Anforderungen an Arztberichte. Psychische Probleme nach Herzinfarkt (Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 15. Mai 2007, IV 2006/116).

Versicherungsrichterinnen Lisbeth Mattle Frei (Vorsitz) und Karin Huber-Studerus,

Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiberin Miriam Lendfers

Entscheid vom 15. Mai 2007

In Sachen

H.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roger Burges, Schwendistrasse 10, 9032 Engelburg,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) H.____, Jahrgang 1946, meldete sich am 14. Dezember 2004 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an und beantragte die Ausrichtung einer Rente. Betreffend Art der Behinderung verwies er auf einen Herzinfarkt, den er am 1. Februar 2004 erlitten hatte, eine Gefässkrankheit sowie eine Glaskörpertrübung am rechten Auge (IV-act. 1). Die IV-Stelle holte neben einer Arbeitgeberauskunft verschiedene ärztliche Berichte ein. Dr. med. A.____, innere Medizin/Kardiologie, Chefarzt an der Klinik B.____ stellte im Arztbericht vom 28. Dezember 2004 folgende Diagnosen: Vorderwandinfarkt am 1. Februar 2004 mit mittelgradig reduzierter Ejektionsfraktion (40%), PTCA (Herzkranzgefässerweiterung) und Stenting mit Cypher-Stent 3.5x18 mm, pulmonale Hypertonie (vermutlich pulmonal-venöse Hypertonie). Die Arbeitsfähigkeit schätzte Dr. A.____ auf 50%. Weiter wies er darauf hin, H.____ seit dem 18. März 2004 nicht mehr gesehen zu haben (IV-act. 8-1 bis 8-4). Der Augenarzt Dr. med. C.____ diagnostizierte im Arztbericht vom 29. Dezember 2004 eine Myopia magna und Astigmatismus rectus bds., eine Presbyopie, ein tilted disc-Syndrom, leichte Amblyopie sowie einen Zustand nach degenerativ bedingter hinterer Glaskörperabhebung mit entsprechenden mouches volantes bds. Aufgrund der Augen sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 7). Am 3. Januar 2005 stellte der Hausarzt von H.____, Dr. med. D.____, Innere Medizin FMH, die Diagnosen Status nach Vorderwandinfarkt vom 1. Februar 2004 mit Akinesie und initial deutlich verminderter Ejektionsfraktion von 40% sowie Erschöpfungszustand mit verminderter Arbeitsleistung seit dem Herzinfarkt am 1. Februar 2004. Die Arbeitsfähigkeit schätzte Dr. D.____ ebenfalls auf 50% (IV-act. 9-3).

b) Die zuständigen Ärzte der Kardiologie am Spital E.____ stellten nach einer Verlaufskontrolle vom 21. September 2005 am 4. Oktober 2005 verschiedene Diagnosen im Bereich der koronaren Herzkrankheit. Aus kardiologischer Sicht sei H.____ ein volles Arbeitspensum zumutbar, ergänzende medizinische Abklärungen seien ebenfalls aus kardiologischer Sicht nicht notwendig. Die Ärzte wiesen explizit darauf hin, dass der Patient im Alltag möglicherweise durch ophthalmologische und psychologisch-mentale Probleme limitiert sein könnte und baten die IV-Stelle, diese



Aspekte ebenfalls zu prüfen (IV-act. 15-4). Mit Verfügung vom 24. November 2005 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch ab mit der Begründung, H.____ sei es zumutbar, die bisherige Tätigkeit als Sekundarlehrer voll auszuführen (IV-act. 20).

c) H.____ erhob gegen diese Verfügung am 3. Dezember 2005 Einsprache. Er führte aus, nach den Sommerferien 2004 mit grosser Zuversicht sein Arbeitspensum von 50% auf 75% aufgestockt zu haben. Bereits nach einigen Wochen habe er feststellen müssen, dass er "zunehmend am Limit" gelaufen sei. Er habe sehr viel Zeit für die Vorbereitung und die anderen Arbeiten gebraucht, die für einen guten Unterricht erforderlich seien. Ebenso sei die Zeit, die er für Erholung brauche, stark angewachsen. Nach einer relativ kurzen Arbeitsphase habe besonders seine Konzentration nachgelassen, und der Aufwand zum "fehlerfreien" Arbeiten habe sich immens erhöht (IV-act. 23).

d) Am 26. Januar 2006 diagnostizierte Dr. med. F.____, Oberärztin am Psychiatrischen Zentrum G.____, aus psychiatrischer Sicht eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) im Rahmen eines Burnout-Syndroms (ICD-10 Z73.0) und bei Status nach Myocardinfarkt. Aufgrund der psychischen Störung wie auch aus Überlegungen der Prophylaxe (Vermeidung eines weiteren vaskulären Geschehens) schätzte Dr. F.____ ein Arbeitspensum von 50% bis auf weiteres als indiziert (Beilage zu IV-act. 28).

e) Mit Entscheid vom 24. Mai 2006 wies der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen (SVA) die Einsprache ab. Der Einsprecher bringe nichts vor, was die Einschätzung des Spitals E.____ in Frage stellen könne. Denn die Tatsache, dass der Einsprecher schneller ermüde und als Folge davon seine Freizeit weniger aktiv gestalten könne, vermöge noch nicht zu belegen, dass er nicht mehr in der Lage sei, die geschuldete Arbeitsleistung zu erbringen. Zum Bericht von Dr. F.____ vom 26. Januar 2006 sei zu sagen, dass die Ärztin den Einsprecher am Untersuchungstag nicht im Zustand des behaupteten depressiven Zustands gesehen habe. Die erhobenen Befunde seien im Wesentlichen unauffällig gewesen. Dem Bericht könne nicht mit ausreichender Überzeugungskraft entnommen werden, dass der Einsprecher an einer invalidisierenden psychischen Krankheit leide (act. G 1.3).



B.- a) Gegen diesen Entscheid richtet sich die Beschwerde vom 26. Juni 2006 von Rechtsanwalt Roger Burges in Vertretung von H.____. Der Rechtsvertreter beantragt die Aufhebung des Entscheids sowie die ergänzende und umfassende Abklärung des Sachverhalts mittels eines MEDAS-Gutachtens, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. In einer Kurzbegründung macht er geltend, der Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt worden (act. G 1). Mit Beschwerdeergänzung vom 28. August 2006 führt er aus, nach Kenntnis des Berichts von Dr. F.____ habe die Beschwerdegegnerin dem IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) unter anderem die Frage gestellt, ob ergänzende Abklärungen angezeigt seien. Diese Frage sei nicht beantwortet worden. Aufgrund der vielschichtigen krankheitsbedingten Belastung des Beschwerdeführers durch einen Herzinfarkt sowie einer bei der täglichen Arbeit äusserst störenden Augenkrankheit und der aufgetretenen psychischen Belastung sei eine zusätzliche MEDAS-Abklärung angezeigt gewesen. Im Auftrag des Beschwerdeführers habe die Fachstelle H.____ bei der Kantonalen Versicherungskasse eine vertrauensärztliche Abklärung beantragt, die von Dr. med. I.____ durchgeführt worden sei. Dieser komme eindeutig zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Umfang von 50% nicht mehr gesteigert werden könne. Eine weiterführende Abklärung sei durch die gut dokumentierte Aktenlage nicht indiziert (act. G 3.1). Zur Abkürzung des Verfahrens und zur Vermeidung unnützer Kosten werde zusätzlich beantragt, dass die Beschwerdegegnerin eine Wiedererwägung pendente lite prüfe (act. G 3).

b) Mit Beschwerdeantwort vom 15. September 2006 hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Entscheid fest. Begründend verweist sie auf eine Stellungnahme des RAD vom 11. September 2006, gemäss welcher der Beschwerdeführer aus dem neu eingereichten Bericht von Dr. I.____ nichts zu seinen Gunsten ableiten könne. Was die Vergangenheit betreffe, könne betreffend die psychiatrische Problematik eine depressive Episode zwar nicht ausgeschlossen werden. Bereits Dr. F.____ habe sich aber nur auf eine Schilderung des Beschwerdeführers und nicht auf eigene Untersuchungen stützen können, so dass sich keine zuverlässige Aussage mehr machen lasse. An dieser Hürde würde auch eine weitere psychiatrische Abklärung scheitern. Aus diesen Gründen würden sich weitere medizinische Abklärungen erübrigen (act. G 5). In der Beilage zur Beschwerdeantwort lässt die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme des RAD vom 11. September 2006 einreichen.



c) Der Beschwerdeführer lässt in der Replik vom 28. September 2006 an seinen Rechtsbegehren vollumfänglich festhalten. Der RAD beantworte auch in der zweiten Stellungnahme die Frage nicht, ob weitere medizinische Abklärungen von Nöten seien. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb sich die Beschwerdegegnerin gegen weitere medizinische Abklärungen ausspreche. Die Erfahrung zeige, dass die IV-Stelle bei weniger gravierenden Fällen zusätzliche MEDAS-Gutachten in Auftrag gebe. Die Verweigerung eines solchen Gutachtens sei eine rechtsungleiche Behandlung im Sinne von Art. 8 BV. Im vorliegenden Falle dürfe es nicht mehr alleine im Ermessen der Beschwerdegegnerin liegen, ob zusätzliche medizinische Abklärungen indiziert seien, da die Zweitmeinung konträr zu jener der Beschwerdegegnerin stehe (act. G 7).

d) Die Beschwerdegegnerin hält mit Schreiben vom 9. Oktober 2006 an ihrem Antrag fest und verzichtet im Übrigen auf eine Duplik (act. G 9).

II.

1.- Streitig ist vorliegend, ob der zur Beurteilung des Bestehens eines Anspruchs auf IV-Leistungen erhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht genügend abgeklärt wurde. Der Beschwerdeführer beantragt in der Beschwerdeergänzung vom 28. August 2006, dass die Beschwerdegegnerin eine Wiedererwägung pendente lite gemäss Art. 53 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) prüfe. Im Rahmen der Wiedererwägung kann der Versicherungsträger nach Art. 53 Abs. 2 ATSG auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 119 V 183 Erw. 3a mit Hinweisen). Abs. 3 desselben Artikels gestattet es dem Versicherungsträger, eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiederzuerwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Von diesem Wiedererwägungsrecht hat die Beschwerdegegnerin nicht Gebrauch gemacht und in der Beschwerdeantwort an ihrem Abweisungsantrag festgehalten. Da die Vornahme der Wiedererwägung ins Ermessen des Versicherungsträgers gestellt ist (vgl. m.w.H. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Rz 22 zu Art. 53), kann das Begehren des Beschwerdeführers nur als



Anregung zuhanden der Beschwerdegegnerin verstanden werden und nicht als ein vom Gericht zu beurteilendes Rechtsbegehren.

2.- a) Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

Erwerbsunfähigkeit ist dabei 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).

b) Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein IV-Grad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 1 IVG).

c) Um den IV-Grad 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 Erw. 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a). Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 Erw. 2a in fine, BGE 122 V 161 Erw. 1c).



3.- a) Die Beschwerdegegnerin hält im Einspracheentscheid fest, die angefochtene Verfügung stütze sich in erster Linie auf den Arztbericht des Spitals E.____ vom 4. Oktober 2005. Einleitend wird in jenem Arztbericht festgehalten, dass die Beantwortung der Fragen auf der ambulanten kardiologischen Untersuchung vom 21. September 2005 beruhe. Die Ärzte bitten um Beachtung der Tatsache, dass die Stellungnahme aus rein kardiologischer Sicht erfolge und sie implizieren möchten, dass zur Beurteilung des Rentenanspruchs allfällige Zusatzerkrankungen ebenfalls sorgfältig evaluiert werden sollten. Im Beiblatt zum Arztbericht wird nochmals festgehalten, die Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von 100% beruhe rein auf der Einschätzung der körperlichen Belastbarkeit aufgrund der Herzkrankheit. Die Ärzte weisen explizit darauf hin, dass der Patient im Alltag möglicherweise durch ophthalmologische und psychologisch-mentale Probleme limitiert sein könnte und bitten die Beschwerdegegnerin, diese Aspekte ebenfalls zu prüfen (IV-act. 15-1 bis 15-4). Im Bericht vom 30. September 2005 an den Hausarzt des Beschwerdeführers hatten die Ärzte der Kardiologie des Spitals E.____ festgehalten, sie hätten dem Beschwerdeführer dargelegt, dass aus rein kardiologischer Sicht eine IV-Berentung nicht möglich sei, dass aber bei der Beurteilung eines Rentenanspruchs andere Krankheitsaspekte ebenfalls eine Rolle spielen würden und sicher mit berücksichtigt werden müssten. Dies sei offenbar bereits geschehen, sodass die kardiologische Beurteilung bezüglich IV-Berentung keine relevante Rolle mehr spielen werde (IV-act. 15-7). Diese Äusserung ist wohl so zu verstehen, dass die Ärzte davon ausgingen, ihre kardiologische Begutachtung stehe einer IV-Berentung nicht im Weg. Entgegen ihrer Mutmassung waren die weiteren Krankheitsaspekte jedoch noch nicht ausreichend abgeklärt worden.

b) Am 12. Oktober 2005 hielt der zuständige RAD-Arzt fest, die kardiologische Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Spitals E.____ sei nachvollziehbar. Augenärztlicherseits bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Weitere für die Arbeitsfähigkeit relevante Diagnosen seien nicht aktenkundig. Mit dieser kurzen Stellungnahme wurde die Frage der Beschwerdegegnerin, ob betreffend allfällige Zusatzerkrankungen weitere Abklärungen notwendig seien, nicht beantwortet (IV-act. 16). Dennoch erging die leistungsverneinende Verfügung am 24. November 2005 ohne weitere Abklärungen. Die Beschwerdegegnerin hat die explizite Aufforderung der Kardiologen des Spitals E.____,



es sei eine Prüfung psychologisch-mentaler und ophthalmologischer (= das Auge betreffender) Probleme zu prüfen, ignoriert. Dies war durch die simple Bemerkung des RAD-Arztes, es seien keine weiteren für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen aktenkundig, keinesfalls gerechtfertigt.

c) In seiner Einsprache vom 3. Dezember 2005 machte der Beschwerdeführer geltend, dass der Versuch, sein Arbeitspensum von 50% auf 75% zu steigern, gescheitert sei. Dr. D.____ hatte am 3. Januar 2005 bereits festgehalten, der Beschwerdeführer habe nach der Aufstockung des Pensums bald seine Freizeit zum Nachschlafen und zur Erholung gebraucht. Zusätzliche Tätigkeiten ausserhalb des Berufs seien absolut nicht mehr möglich gewesen. Gegen Ende des Jahres (November und Dezember) habe sich der Patient erschöpft und ausgelaugt gefühlt. Mit der Arbeitsleistung von 75% sei er überfordert gewesen. Deswegen attestierte Dr. D.____ dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 50% (IV-act. 9-3 f.). Die Beschwerdegegnerin legte die Einsprache des Beschwerdeführers dem RAD vor. Dieser kam am 19. Dezember 2005 zum Schluss, die geklagten Beschwerden würden keine neuen Fakten darstellen, sie seien nicht geeignet, das Fazit aus der kardiologischen Verlaufsbeurteilung vom Oktober 2005 und der Beurteilung durch den Augenarzt Dr. C.____ vom Dezember 2004 in Zweifel zu ziehen. Die erneut gestellte Frage der Beschwerdegegnerin, ob weitere medizinische Abklärungen notwendig seien, beantwortete der RAD darüber hinaus wieder nicht (IV-act. 26).

d) Dr. F.____ bescheinigte am 26. Januar 2006 bei der Diagnose der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen eines Burnout-Syndroms und bei Status nach Myocardinfarkt aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Eine Erhöhung des Pensums erscheine in jeder Beziehung eine Überforderung zu sein und dürfte die weitere gesundheitliche Verfassung des Beschwerdeführers negativ beeinflussen. Eine antidepressive medikamentöse Behandlung durch den Hausarzt erscheine nach psychiatrischer Einschätzung aufgrund des aktuellen psychischen Zustandsbildes – wie auch zur Prophylaxe – sinnvoll (IV-act. 28).

e) Der RAD-Arzt nahm zu diesem Bericht am 17. Mai 2006 wie folgt Stellung: Das psychiatrische Konsilium ergänze die Diagnoseliste nachvollziehbar um die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode. Problematisch sei, dass am



Untersuchungstag ein nahezu unauffälliger Psychostatus erhoben worden sei und die beschriebenen Leistungseinschränkungen nur auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers zurückgingen. Es handle sich wohl eher um einen Status nach depressiver Episode. Burnout sei keine rentenrechtlich relevante Diagnose. Sachlich sei eine reaktive depressive Episode nach durchgemachtem Myokardinfarkt nichts Ungewöhnliches. Warum erst jetzt eine fachärztliche Untersuchung mit dem Ergebnis einer medikamentösen Behandlungspflicht stattgefunden habe, sei ad hoc nicht verständlich. Eine allfällige medikamentöse antidepressive Behandlung solle aus medizinischer Sicht von einem Psychiater initiiert und der weitere Verlauf kontrolliert werden, da Interferenzen mit der koronaren Herzkrankheit möglich seien (IV-act. 29).

f) Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen Bericht vom 17. Juli 2006 des Allgemeinmediziners Dr. I.____, Vertrauensarzt der kantonalen Versicherungskasse, ein. Dr. I.____ hielt darin fest, nach Durchsicht der diversen Berichte sei für ihn klar, dass die Arbeitsfähigkeit nicht über 50% gesteigert werden könne. Aufgrund der ausführlichen Unterlagen befürworte er die Teil-Invaliditätspensionierung von 50% durch die Versicherungskasse. Eine weiterführende Abklärung sei aufgrund der gut dokumentierten Aktenlage seines Erachtens nicht indiziert (act. G 3.1). Die Kantonale Versicherungskasse richtet nun eine Ersatzrente aus, bis das vorliegende Verfahren rechtskräftig entschieden ist (Beilage zu act. G 3.1).

g) Zum Bericht von Dr. I.____ nahm der RAD-Arzt am 11. September 2006 Stellung. Gemäss den kardiologischen Berichten der Klinik B.____ und des Spitals E.____ würden vom Beschwerdeführer altersentsprechend-überdurchschnittliche körperliche Leistungen erbracht. Auf dem Boden dieser Werte sei eine erhebliche Minderung der allgemeinen Leistungsfähigkeit nicht zu begründen. Insofern seien die Beurteilungen der Kardiologie des Spitals E.____ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit durch den RAD gut nachvollziehbar gewesen. Betreffend die psychische Problematik frage man sich, warum der Beschwerdeführer erst Anfang 2006 eine Psychiaterin konsultiert habe und nach wie vor keine medikamentöse antidepressive Behandlung durchgeführt wurde/werde. Ferner beinhalte der erhobene Psychostatus keine aktuellen Kern- oder Zusatzsymptome einer Depression. Scheinbar habe es sich um eine zeitlich begrenzte "Episode" gehandelt, eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit stehe in Frage. Der vertrauensärztliche Bericht von Dr. I.____ schein die Beurteilung der



Arbeitsfähigkeit durch Kardiologen und den Augenarzt zu ignorieren und die psychiatrische Einschätzung kritiklos zu übernehmen. Insofern sei sein Gebrauchswert für den RAD gering (act. G 5.1).

h) Wie der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zutreffend bemerkt, hat sich der RAD in seinen Stellungnahmen vom 12. Oktober 2005, vom 19. Dezember 2005 und vom 17. Mai 2006 trotz expliziter Anfrage nicht dazu geäußert, ob weitere medizinische Abklärungen angezeigt seien. Obwohl er selbst trotz der vom Beschwerdeführer insbesondere in seiner Einsprache vom 3. Dezember 2005 geklagten Probleme sowie seines Wissens darüber, dass das Auftreten von depressiven Episoden nach Herzinfarkten nicht ungewöhnlich ist, nie zur Notwendigkeit einer psychiatrischen Begutachtung Stellung genommen hatte, äusserte er am 17. Mai 2006 sein Unverständnis darüber, warum erst zu diesem Zeitpunkt eine fachärztliche Untersuchung mit dem Ergebnis einer medikamentösen Behandlungspflicht stattgefunden habe (IV-act. 29). Bei Würdigung der vorhandenen medizinischen Berichte erscheinen die Beurteilungen des RAD-Arztes nicht als umfassend. So geht er etwa nicht darauf ein, dass die Kardiologen des Spitals E.____ wiederholt explizit darauf hinwiesen, der Einfluss der psychologisch-mentale Seite und der Augenprobleme auf die Arbeitsfähigkeit müsse noch sorgfältig abgeklärt werden. Er selbst erachtet die Diagnose der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode als nachvollziehbar und nach durchgemachtem Myokardinfarkt nicht ungewöhnlich. Doch stellt er sich offenbar auf den Standpunkt, die Episode sei spätestens seit Anfang 2005 (Reduktion des Arbeitspensums von 75% auf 50%) überwunden. Dies ist medizinisch nicht belegt. Die Psychiaterin Dr. F.____ stellte nicht die Diagnose "Status nach depressiver Episode", sondern ging vielmehr davon aus, dass die leichte bis mittelgradige Episode im Untersuchungszeitpunkt noch anhielt. Der RAD-Arzt ist demgegenüber kein Psychiater und hat den Beschwerdeführer zudem nicht persönlich gesehen. Sein Hinweis, am Tag der Untersuchung bei Dr. F.____ sei ein nahezu unauffälliger Psychostatus erhoben worden, rechtfertigt es keineswegs, die psychische Problematik ohne weitere Abklärungen als nicht mehr bestehend zu bezeichnen und ihr keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzubilligen. Dr. F.____, Dr. D.____ und Dr. I.____ gehen übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen im Zusammenspiel mit dem erlittenen Herzinfarkt und der Augenkrankheit nicht mehr als ein Pensum von 50% bewältigen könne und dies in absehbarer Zeit so



bleibe. Dies kann nicht ohne weitere Abklärungen von der Hand gewiesen werden, kann doch die Depression nicht losgelöst von der diagnostizierten koronaren Herzkrankheit betrachtet werden. Letztere schränkt zwar für sich allein betrachtet die Arbeitsfähigkeit offenbar nicht ein, muss aber wohl dennoch zumindest als Teilursache für die psychische Erkrankung betrachtet werden. Sogar der RAD-Arzt verweist darauf, dass eine reaktive depressive Episode nach durchgemachtem Herzinfarkt nicht ungewöhnlich sei.

i) Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist festzuhalten, dass den Schlussfolgerungen des RAD entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden kann. Gewisse Einwände des RAD können zwar nicht ignoriert werden. So würdigt etwa Dr. F.____ die vorhandenen medizinischen Akten nicht. Auch der Bericht von Dr. I.____ ist nicht umfassend und beruht nicht auf allseitigen Untersuchungen. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. F.____, Dr. D.____ und Dr. I.____ kann somit nicht ohne weitere Abklärungen abgestellt werden. Wie der Beschwerdeführer richtig geltend macht, drängt sich bei seiner gegebenen gesundheitlichen Situation mit ihren möglichen Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Beschwerden eine polydisziplinäre Untersuchung, bei der neben einem Psychiater ein Internist und allenfalls ein Augenarzt beigezogen werden, geradezu auf.

4.- a) Im Sinne der Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 24. Mai 2006 gutzuheissen und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers in Auftrag gebe und anschliessend über seinen Anspruch auf IV-Leistungen neu verfüge.

b) Gemäss den Schlussbestimmungen des IVG zur Änderung vom 16. Dezember 2005, in Kraft seit 1. Juli 2006, gilt für die am 1. Juli 2006 beim kantonalen Versicherungsgericht hängigen Beschwerden das bisherige Recht (lit. c der Schlussbestimmungen). Somit gelangt Art. 69 Abs. 1 bis IVG zur Kostenpflicht von Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen im kantonalen Gerichtsverfahren nicht zur Anwendung. Gerichtskosten sind somit keine zu erheben.



c) 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 Parteientschädigung von Fr. 3'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 24. Mai 2006 gutgeheissen. Die Streitsache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen eine polydisziplinäre medizinische Abklärung veranlasse und über den Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen neu verfüge.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.