



Fall-Nr.: IV 2006/91
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 12.05.2020
Entscheiddatum: 16.05.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 16.05.2007

Beweiswürdigung, Untersuchungsgrundsatz. Ist eine besondere Qualifikation des psychiatrischen Mitgutachters nicht zu erkennen, kann der psychiatrischen Aussage, die im strittigen Gutachten die entscheidende Rolle spielt, eine volle Beweiskraft nur dann zukommen, wenn sie nicht mit anderen gleichwertigen fachmedizinischen Aussagen kontrastiert. Die Meinungsäusserungen des internistischen und des rheumatologischen Mitgutachters sind in casu nicht geeignet, die psychiatrische Sicht zu verstärken. Dieser kommt keine grössere Beweiskraft zu, als handelte es sich um eine Einzelbegutachtung. Widersprechen sich unter solchen Umständen die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters und jene des psychiatrischen Gutachters diametral, ist die psychiatrische Problematik des Sachverhalts nicht ausreichend geklärt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Mai 2007, IV 2006/91).

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 16. Mai 2007

In Sachen

V.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, Vadianstrasse 44,

Postfach 262, 9001 St. Gallen,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) Die 1964 geborene V.____ meldete sich am 4./10. Mai 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich eine Rente. Sie gab an, die Primarschule besucht zu haben und im April 1994 in die Schweiz gekommen zu sein. Sie sei seit dem Jahr 2000 zu einem Bruttoeinkommen von monatlich Fr. 3'560.-- als Küchengehilfin in einem Alters- und Pflegeheim beschäftigt. Am 24. Dezember 2003 habe sie einen Autounfall mit Schleudertrauma erlitten. Seither leide sie an diversen Beschwerden und könne nicht lange auf den Beinen stehen (IV-act. 1). Beim Unfall sei das Auto, in welchem sie Beifahrerin gewesen sei, in A.____ auf einer Autobahneinfahrt in die Leitplanke geprallt (vgl. IV-act. 7).

b) Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, als (am 27. Dezember 2003) erstbehandelnder Arzt hatte gemäss dem Arzzeugnis vom 23. Januar 2004 eine HWS-Distorsion nach Beschleunigungstrauma und eine Kontusion der linken Gesichtsseite diagnostiziert, die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben und mit der vollen Wiederaufnahme der Arbeit am 19. Januar 2004 gerechnet (IV-act. 32-7/59). Nach MRI-Untersuchungen von HWS und BWS hatte er am 10. Februar 2004 berichtet, unter Physiotherapie und medikamentöser Behandlung sei eine deutliche Besserung eingetreten. Als Diagnose bestehe ein cranio-cephales Syndrom nach HWS- und BWS-Distorsion. Während der versuchten Arbeitsaufnahme am 19. Januar 2004 sei es zur akuten Zunahme der Beschwerden gekommen. Deshalb bestehe vom 28. Januar 2004



St.Galler Gerichte

bis 8. Februar 2004 nochmals eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Ein bleibender Nachteil sei nicht zu erwarten (IV-act. 32-10/59).

c) In der Folge hatte die Versicherte die Arbeit am 9. Februar 2004 wieder aufgenommen. Wegen fehlenden Ansprechens auf die ambulanten Therapiemassnahmen war sie zu einer stationären interdisziplinären Rehabilitationsbehandlung in die Klinik C.____ gewiesen worden. Im Austrittsbericht vom 20. September 2004 über den stationären Aufenthalt vom 9. bis 26. August 2004 hatte die Klinik C.____ als Diagnosen angegeben (erstens) ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit chronischer linksseitiger lumbospondylogener, thorakovertebraler, cervicozephaler und cervicobrachialer Betonung bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 24. Dezember 2003 und Diskusprotrusion C3/4 mit leichter recessaler Einengung sowie (zweitens) eine Anpassungsstörung mit depressiven und neurasthenischen Symptomen. Die Versicherte habe bei Klinikeintritt völlig erschöpft und kraftlos gewirkt und während des gesamten Aufenthalts viel geweint. Die Trainingsintensität sei sehr niedrig gewesen, um einer zusätzlichen Überforderung vorzubeugen. Die Belastbarkeit habe kaum verbessert werden können. Bei Klinikaustritt sei die Versicherte wegen der fehlenden Verbesserung eher noch deprimierter gewesen und habe Todessehnsüchte geäussert. Bei der aetiologisch vielschichtigen Störung mit zahlreichen, auch unfallunabhängigen Stressoren bestehe derzeit aus der Sicht des Psychosomatikers wahrscheinlich kaum Aussicht auf eine Verhaltensänderung durch eine psychiatrische Behandlung, doch sei trotzdem eine solche zu empfehlen. Falls eine weitere Verschlechterung der psychischen Situation mit der konkreten Äusserung von Suizidideen auftreten sollte, müsste eine psychiatrische Hospitalisation erfolgen. Bis auf weiteres bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Falls eine psychische Stabilisierung eintrete, könnte eventuell ein teilzeitlicher Wiedereinstieg in die Arbeit versucht werden (IV-act. 15-12 f./14). Aus der Krankengeschichte war hervorgegangen, dass der Ehemann der Versicherten seit Jahren krank und stellenlos sei. Die Deutschkenntnisse der Versicherten seien mangelhaft (IV-act. 15-11/14).

d) Am 10. November 2004 hatte Dr. B.____ von einem trotz ausgedehnter antidepressiver und psychiatrischer Behandlung deutlich depressiven Zustandsbild berichtet (IV-act. 32-24/59).



e) Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte am 22. November 2004 gegenüber der Unfallversicherung erklärt, die Versicherte leide seit mehreren Jahren an Schwindel, weswegen sie schon vor fünf Jahren den Hausarzt konsultiert habe, ausserdem seit drei Jahren an Rücken- und Beinschmerzen, und seit dem Unfall zusätzlich und im Vordergrund stehend an Hinterkopf- und Nackenschmerzen und Schmerzen in den Armen, an Kribbelgefühlen, Dauerschmerzen in jeder Körperhaltung und verstärktem Schwindel. Es bestünden dauerhaft Ängste und Schuldgefühle. Als Diagnosen lägen eine posttraumatische Belastungsstörung und eine schwere depressive Episode vor (Fremdakten M 6). Ab wann mit einer Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne, sei zurzeit nicht absehbar. Die Versicherte besitze keine ausreichenden Sprachkenntnisse, die Prognose sei erschwert. Mit Bericht vom 5. März 2005 hatte Dr. D.____ erklärt, unter der laufenden Therapie sei eine minime Verbesserung eingetreten. Es zeige sich ein schwer depressives Bild (Verzweiflung, Suche nach Abschirmung, Rückzug bei anscheinend nicht ausgeschlossenen neurologischen Befund im Zervikalmarkbereich nach Autounfall). Die Versicherte habe bei nicht sicherer sprachlicher Kommunikation während der Sitzungen anfangs Intrusionen erkennen lassen, das angedeutete Auftreten von Flashbacks habe sich in letzter Zeit nicht reevaluieren lassen, was auch auf ein Vermeidungsverhalten zurückgeführt werden könnte (IV-act. 32-29/59).

f) Dr. B.____ hatte am 27. April 2005 eine Chronifizierung der Beschwerden mit fehlender Besserungstendenz festgestellt. Es bestehe eine schwere depressive Symptomatik (Gefühle der Kraftlosigkeit, Traurigkeit und Schwäche, Schmerzen am ganzen Körper, Hoffnungslosigkeit; IV-act. 32-30/59).

g) In der Arbeitgeberbescheinigung vom 27. Mai 2005 wurde dargelegt, die Versicherte sei seit dem 7. Dezember 1999 als Küchengehilfin angestellt. Ihr letzter effektiver Arbeitstag sei der 8. August 2004 gewesen, seither sei sie arbeitsunfähig.

h) In seinem IV-Arztbericht vom 13. Juni 2005 benannte Dr. B.____ als Diagnose eine schwerste posttraumatische Belastungsstörung mit depressiven und neurasthenischen Symptomen infolge eines HWS-Distorsionstraumas am 24.12.2003 mit Diskusprotrusion C3/4 und leichter recessaler Einengung sowie chronischem linksseitig lumbospondylohem, thorakovertebralem, cervicozephaem und cervicobrachialem



Syndrom. Vom 24. Dezember 2003 bis 8. Februar 2004 habe volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen und seit dem 9. August 2004 bis auf weiteres sei die Versicherte wiederum zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit sei hauptsächlich psychiatrisch begründet. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei angezeigt (IV-act. 15-5 f./14).

i) Am 26. Mai 2005 veranlasste die Unfallversicherung eine interdisziplinäre Begutachtung im Zentrum E.____. Dem Gutachten vom 24. Oktober 2005 war zu entnehmen, dass keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (erstens) ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit/bei Akzentuierung eines linksbetonten cervicospondylogenen bis cervicocephalen Schmerzsyndroms nach HWS-Distorsions-Trauma am 24.12.2003, nicht kompressiver Diskusprotrusion C3/4 und beginnender Chondrose C5/6, und Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung bei muskulärer Dysbalance, sowie (zweitens) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit/bei leichter depressiver Episode. Weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund ihres Verhaltens, ihres Krankheitskonzeptes und des Umgangs mit der Schmerzproblematik sei die Versicherte auf dem freien Arbeitsmarkt allerdings nicht vermittelbar; sie sei keinem Arbeitgeber zumutbar. Dr. med. F.____, Facharzt Innere Medizin FMH, erhob den Status und berichtete unter anderem von einer knappen Kommunikation in deutscher Sprache und sehr schlechter Kooperation der Versicherten während der gesamten Untersuchung. Die Anamnese habe sich äusserst mühsam gestaltet. Die Fragen seien nur sehr vage beantwortet worden. Die Versicherte habe dysphorisch-gereizt gewirkt. Der formale Gedankengang sei sehr verlangsamt gewesen, inhaltlich ausschliesslich auf die Schmerzsymptomatik und das kaputte Leben konzentriert; die Vitalgefühle seien massiv herabgesetzt gewesen. Bei der Untersuchung des Bewegungsapparats sei ein demonstratives Schmerzverhalten festgestellt worden. Die massive Schmerzangabe habe im Gegensatz zur praktisch uneingeschränkten Beweglichkeit in unbeobachteten Momenten gestanden. Wegen fehlender Kooperation seien Kraft und Sensibilität neurologisch nicht prüfbar gewesen. Dr. med. G.____, Fachärztin für Rheumatologie FMH, erklärte, die Versicherte habe ein verlangsamtes Bewegungsmuster gezeigt. Eine Kommunikation in deutscher Sprache sei möglich gewesen. Die Prüfung der Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Gelenke sei wegen aktiver Gegenwehr stark eingeschränkt gewesen; nach mehrmaliger Prüfung und auch



in unbeobachteten Momenten hätten sich aber keine wesentlichen Einschränkungen ergeben. Angesichts der Diskrepanz zwischen dem Ausmass der angegebenen Beschwerden und den klinisch und bildgebend erhobenen Befunden sei eine somatoforme Schmerzstörung oder Aggravation nicht auszuschliessen. Dr. med. H.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab an, die Versicherte besitze gute Deutschkenntnisse. Die Bewegungsabläufe seien deutlich verlangsamt gewesen. Das Gespräch habe sich ausgesprochen mühsam gestaltet. Die Versicherte habe die Schmerzproblematik immer in den Vordergrund gestellt, häufig daneben geredet und unklare Antworten gegeben, ohne dass das auf eine psychische Problematik habe zurückgeführt werden können. Neben der Verlangsamung des formalen Gedankengangs seien keine Pathologien im Denken feststellbar gewesen. Bei zu genauem Nachfragen habe sie Abwehrstrategien entwickelt. Trotz Darstellen einer schwerst invaliden Frau habe sie geistig agil und geschickt gewirkt. Hypochondrie sei nicht zu verwechseln mit dem fixierten Krankheitskonzept, das mit einer bewusstseinsnahen Symptomproduktion einhergehe. Die Versicherte habe sich kraftlos gefühlt bei fehlender Depressivität. Aufgrund der minimalen Kooperationsbereitschaft sei eine eingehendere psychiatrische Exploration nicht möglich gewesen. Aufgrund der fehlenden affektiven Abbildung könne eine frühere Traumatisierung oder eine psychosozial besonders schwierige Belastungssituation annähernd ausgeschlossen werden. Es fehlten auch jegliche Hinweise für eine Anpassungsstörung. Aus Anlass des Unfalls scheine sich eine Dynamik entwickelt zu haben, die die Versicherte in einer Krankenrolle mit der Schmerzproblematik erscheinen lasse. Eine depressive Störung sei trotz einiger depressiver Symptome bestenfalls als leichte Episode zu kodieren. Folge man den Schilderungen der Versicherten, könne neben einer allenfalls leichten depressiven Episode zusätzlich eine somatoforme Schmerzstörung diskutiert werden. Bei Fortbestehen des Störungsbildes über längere Zeit müsste überlegt werden, ob zur weiteren Evaluation des Störungsbildes und zur Reaktivierung eine psychiatrische Hospitalisation mit Arbeitstherapie und psychosozialer Unterstützung hilfreich sein könne (IV-act. 32-34 ff./59).

j) Mit Verfügung vom 13. Dezember 2005 verneinte die Unfallversicherung ihre Leistungspflicht spätestens ab 5. September 2005 mangels Kausalzusammenhangs (vgl. Fremdakten). Gemäss einer Auskunft der Unfallversicherung erhob die Versicherte



St.Galler Gerichte

(ohne den beauftragten Rechtsvertreter, der das Mandat niedergelegt habe) hiergegen Einsprache.

k) Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 8. Februar 2006 dafür, unfallfremde Leiden, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnten, lägen nicht vor. Es sei auf das Gutachten der Unfallversicherung abzustellen. Weder unfall- noch krankheitsbedingt bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 27).

l) Mit Verfügung vom 21. Februar 2006 wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch der Versicherten ab. Sämtliche Tätigkeiten seien nach wie vor zumutbar (IV-act. 30).

m) Am 1. März 2006 beantragte Dr. B.____ für die Versicherte, auf den Entscheid zurückzukommen. Er kenne die Versicherte seit 1997 als ihr Hausarzt und habe sie seit dem Unfall im Abstand von einer Woche bis zwei Wochen gesehen und müsse eine anhaltend schwere Erkrankung feststellen. Weder in der angestammten noch in einer anderen Anstellung bestehe noch Arbeitsfähigkeit (IV-act. 32-55/59).

n) Am 24. März 2006 liess die Versicherte durch Rechtsanwältin lic. iur. Karin Hartmann Einsprache einreichen und die Aufhebung der Verfügung und Zusprechung der gesetzlichen Leistungen beantragen. Wie Dr. B.____ kritisiere auch der mitbetreuende Psychiater Dr. D.____ in einem Schreiben vom 24. März 2006 das Gutachten und sei der Auffassung, es bestehe eine psychische Veränderung mit Krankheitswert. Die Verfügung sei ungenügend begründet, benenne sie doch die Gründe für ihren Entscheid nicht. Es scheine, dass sich die Invalidenversicherung auf das Gutachten der Unfallversicherung stütze. Eigene Abklärungen habe sie nicht getätigt. Der Entscheid der Unfallversicherung sei angefochten worden. Das Gutachten sei unzureichend und widersprüchlich und dürfe nicht Entscheidungsgrundlage bilden: Die Gutachter hätten die pathologischen Befunde verharmlost, indem sie beispielsweise festgehalten hätten, es sei im MRI "lediglich" eine Signalsteigerung im Bereich des Processus costarius beschrieben worden. Es sei bekannt, dass sich Migranten oft nicht präzise ausdrücken könnten und dieses Defizit dadurch kompensierten, dass sie ihre Beschwerden übertrieben und bildhaft schilderten. Das löse beim Arzt eine Antipathie aus und führe dazu, dass das Verhalten als demonstrativ empfunden werde. Die Gutachter hätten



dies vorliegend nicht reflektiert und die Versicherte nicht ernst genommen. Das komme zum Ausdruck, wenn berichtet werde, die Versicherte "schliesse die Augen madonnenhaft und mit leidendem Gesichtsausdruck" oder "das Leiden werde ... grotesk übertrieben dargestellt". Die Antipathie und die Voreingenommenheit stellten einen Befangenheitsgrund dar. Die Versicherte spreche schlecht Deutsch, zuwenig gut, um sich präzise auszudrücken. Der psychiatrische Gutachter habe ihr aber gute Deutschkenntnisse unterstellt. Die sprachlichen Ausdrucksschwierigkeiten würden allerdings aufgezeigt, wenn er berichte, das Gespräch habe sich ausgesprochen mühsam gestaltet, die Versicherte sei einsilbig gewesen und habe häufig daneben geredet und unklare Antworten gegeben. Wo die sprachliche Verständigung, welche bei psychiatrischen Begutachtungen entscheidend sei, nicht genügend möglich sei, müsse ein Dolmetscher beigezogen werden. Die psychiatrische Exploration habe zudem zuwenig lang gedauert, um das unabdingbare Vertrauensverhältnis aufzubauen. Der Bericht darüber sei widersprüchlich, denn es würden der Versicherten auch geistige Agilität und Geschicklichkeit attestiert. Dort werde auch nicht begründet, weshalb die depressiven Symptome bestenfalls einer leichten Episode entsprechen würden. Der psychiatrische Gutachter habe die somatoforme Schmerzstörung nicht diskutiert und sich mit den psychiatrischen Diagnosen der vorbehandelnden Ärzte nicht auseinandergesetzt. Die pathologische Schmerzverarbeitung im Sinn einer somatoformen Schmerzstörung - eine psychiatrische Diagnose - sei an entsprechender Stelle nicht aufgenommen und in ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt worden. Die Gutachter würden zur genaueren Evaluation des Störungsbildes eine psychiatrische Hospitalisierung befürworten. Abzustellen sei somit auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, wie sie Dr. B. ___ attestiere (IV-act. 31). Dr. D. ___ hatte am 24. März 2006 dringend zu einer zweiten Begutachtung geraten. Eine depressive Symptomatik und ein chronisches Schmerzgeschehen stünden immer in einem wechselseitigen Verhältnis. Erlebter Schmerz sei stets Ausdruck der Schmerzverarbeitung und es gebe da keine objektiven Kriterien. Es fehle am Ausschluss eines neurologischen Korrelats für die psychischen Funktionsstörungen (Beurteilung des ZNS im HWS-Bereich). Das Gutachten benenne für seine These der bewusstseinsnahen Symptomproduktion keine konkreten und schlüssigen Hinweise. Dazu bedürfte es denn auch einer detaillierten Kenntnis der Vorgeschichte und einer sorgfältigen Verlaufsbeobachtung (IV-act. 32-57 f./59).



o) Der Fachbereich IV der Sozialversicherungsanstalt nahm am 31. März 2006 intern Stellung und hielt fest, die Abweisungsverfügung der IV stütze sich auf umfangreiche UV-Akten. Die UV anerkenne weder unfallkausale Folgen noch seien unfallfremde Faktoren vorhanden. Nachweislich bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in allen Tätigkeiten. Auch aus psychiatrischer Sicht liege keine Arbeitsunfähigkeit vor. Diese Fakten seien so auch vom RAD bestätigt worden. Es laufe zwar eine Einsprache gegen die UV-Verfügung, was aber an der Sachlage nichts ändere: die Verfügung vom 21. Februar 2006 sei in Ordnung (IV-act. 34).

p) Mit Entscheid vom 13. April 2006 wies der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Einsprache ab. Der Begründungsmangel der Verfügung könne im Einspracheverfahren geheilt werden. Das Gutachten habe das Wesentliche der MRI-Berichte korrekt wiedergegeben. Vor allem bei einer psychiatrischen Begutachtung sei es notwendig, dass der Gutachter seine Beobachtungen der versicherten Person genau schildere und in die Beurteilung einfließen lasse. Hinweise darauf, dass die Gutachter die Versicherte nicht ernst genommen hätten, bestünden nicht. Aus den einlässlichen Schilderungen ergebe sich, dass der Gutachter sie ausreichend verstanden habe, um die psychiatrische Begutachtung durchführen zu können. Der Gutachter habe selber zu entscheiden, ob ein Dolmetscher notwendig sei oder nicht. Die Auffassung, das psychiatrische Gutachten müsse Aufschluss über die Gesprächsdauer geben, sei unzutreffend. Den Gutachtern habe umfangreiches medizinisches Aktenmaterial zur Verfügung gestanden. Wenn einerseits geistige Agilität und andererseits häufiges Danebenreden festgestellt worden sei, bedeute dies keinen Widerspruch; vielmehr sei das Erste eine Wertung, das Zweite eine Beobachtung. Hierfür sei eine schlüssige Erklärung abgegeben worden, nämlich, dass ein fixiertes Krankheitskonzept vorliege, das mit einer bewusstseinsnahen Symptomproduktion einhergehe. Die dargestellten, konstruiert wirkenden Symptome sollten die spezifische Funktion erfüllen, die Leiden zu dramatisieren. Dr. B.____ sei in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand nicht fachärztlich kompetent. Dr. D.'s____ Beurteilung vermöge nicht zu überzeugen, denn er gebe im Wesentlichen die subjektiven Schilderungen der Versicherten wieder. Eine schlüssige Erklärung für die Arbeitsfähigkeitsschätzung liefere er nicht. In seiner Stellungnahme zum Gutachten spekuliere er über somatische Ursachen und wolle nicht zur Kenntnis nehmen, dass das Gutachten diese Aspekte umfassend geprüft



habe. Das spreche für eine Befangenheit von Dr. D.____. Im Gutachten werde eine Depression zu Recht verneint, weil die Symptome nicht vom Gutachter beobachtet, sondern einzig von der Versicherten geschildert worden seien. Neben der somatoformen Schmerzstörung, die für sich allein die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke, bestehe keine psychische Komorbidität. Der Vorschlag zu einer psychiatrischen Hospitalisation bei Fortbestehen des psychischen Zustandsbildes sei ausdrücklich ausserhalb der versicherungsärztlichen Beurteilung gemacht worden und stelle einen therapeutischen Gesichtspunkt dar. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht nötig (IV-act. 36).

B.- Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Michael B. Graf für die Betroffene am 17. Mai 2006 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung des Einspracheentscheids und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Ihre Argumente gegen die Verfügung seien im Einspracheentscheid nicht oder nur am Rande aufgenommen worden. Die Beschwerdeführerin spreche zuwenig gut Deutsch, um sich über seelische Vorgänge und den Charakter der Beschwerden genügend differenziert auszudrücken, und habe sich gezwungenermassen mit Gesten und Mimik beholfen, was ihr angelastet worden sei. Weil kein Dolmetscher beigezogen worden sei, könne auf das Gutachten nicht abgestellt werden. Im Unterschied zu dem von der Beschwerdegegnerin erwähnten höchstrichterlichen Entscheid sei auch keine deutsch sprechende Begleitperson anwesend gewesen. Die für ein Gutachten verwendete Zeit lasse Rückschlüsse auf die Qualität der Begutachtung zu. Es sei davon auszugehen, dass die psychiatrische Begutachtung höchstens zwei Stunden gedauert habe, zuwenig lange, als dass die nötige Vertrauensbasis hätte geschaffen werden können. Dies sei nicht einmal dem behandelnden Psychiater in zahlreichen einstündigen Sitzungen gelungen, obwohl die Beschwerdeführerin dort freiwillig gewesen sei. Die Diagnose des Psychiaters sei ungenügend begründet. Die Beschwerdegegnerin beanstande zu Unrecht die fachliche Qualifikation des behandelnden Psychiaters. Fachlich nicht genügend qualifiziert sei hingegen der psychiatrische Gutachter Dr. H.____. Er sei auf Spielsucht und Burnout-Syndrome spezialisiert. Über klinische Erfahrung mit der Behandlung von Unfallopfern verfüge er zumindest aus den letzten zehn Jahren nicht. Es frage sich, ob die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung korrekt sei. Organische Diagnosen dürften viel eher im Vordergrund stehen. Solche



seien aber im Gutachten entgegen dem rheumatologischen Konsilium nicht gestellt worden, was nicht nachvollziehbar sei. Sowohl im rheumatologischen wie im psychiatrischen Gutachten sei lediglich festgehalten worden, eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht auszuschliessen bzw. zu diskutieren. Selbst wenn aber eine solche Störung diagnostiziert worden wäre, sei der Argumentation der Beschwerdegegnerin (zur Komorbidität) nicht zu folgen. Das Eidgenössische Versicherungsgericht habe die Foerster-Kriterien willkürlich gewichtet. Es sei ausserdem nicht bewiesen, dass diese Kriterien zutreffender seien als diejenigen anderer fachkundiger Personen. Massgeblich seien ferner nicht die Diagnosen, sondern die Behinderungen. Die Rechtsprechung gehe zudem von überholten medizinischen Grundlagen aus, was die Reversibilität psychosozial bedingter Krankheiten bei Wegfall der krankmachenden sozialen Umstände angehe. Überdies seien bei der Beschwerdeführerin aber auch vier in der Rechtsprechung nebst der Komorbidität genannte Kriterien erfüllt und es müsste bei gegebener somatoformer Schmerzstörung von einer Unüberwindbarkeit ausgegangen werden. Falls eine solche Störung diagnostiziert worden sei, so handle es sich um eine Diagnose, die nicht aufgenommen worden sei und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ohne Begründung nicht beurteilt worden sei. Sie scheine zudem auch nach Auffassung der Gutachter ein organisches Substrat zu haben. Das Störungsbild sei schliesslich nicht gründlich genug abgeklärt und eine genauere Evaluation für indiziert gehalten worden (act. G 1).

C.- Die Beschwerdegegnerin beantragt am 23. Mai 2006 die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

II.

1.- a) Streitig ist vorliegend der Anspruch auf eine Invalidenrente. Für die Invaliditätsbemessung, welche das Mass der Zurücksetzung der erwerblichen Leistungsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung ergeben soll, sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage



für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34; Rz 3047 f des vom Bundesamt für Sozialversicherung erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH). Die IV-Stelle hat zu prüfen, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der Angaben des RAD und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person grundsätzlich in Frage kommen (Rz 3049 KSIH). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 KSIH).

b) In Bezug auf die somatischen Befunde besteht in den medizinischen Berichten im Wesentlichen Übereinstimmung (Klinik C.____: generalisiertes Schmerzsyndrom mit chronischer linksseitiger lumbospondylogener, thorakovertebraler, cervicozephaler und cervicobrachialer Betonung bei Status nach HWS-Distorsions-trauma am 24. Dezember 2003 und Diskusprotrusion C3/4 mit leichter recessaler Einengung; Dr. B.____ entsprechend; Gutachten: chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit/bei Akzentuierung eines linksbetonten cervicospondylogenen bis cervicocephalen Schmerzsyndroms nach HWS-Distorsions-Trauma am 24.12.2003, nicht kompressiver Diskusprotrusion C3/4 und beginnender Chondrose C5/6, und Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung bei muskulärer Dysbalance). Ob sich die rezessale Einengung im Lauf der Zeit zurückgebildet habe (keine Kompression gemäss Gutachten), ist medizinisch nicht ausdrücklich besprochen worden. Die psychiatrische Beeinträchtigung wird von der Klinik C.____ als Anpassungsstörung mit depressiven und neurasthenischen Symptomen, von Dr. D.____ als posttraumatische Belastungsstörung und schwere depressive Episode und vom Gutachten als anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit/bei leichter depressiver Episode beschrieben.

c) Für die Invalidenversicherung ist wesentlich, dass fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde vorliegen. Darüber hinaus ist aber nicht Art und Genese des Gesundheitsschadens massgebend, sondern die Arbeitsunfähigkeit bzw. die Erwerbsunfähigkeit, welche sich aus einem Gesundheitsschaden ergibt. Die Beschwerdegegnerin stellt auf das Ergebnis des interdisziplinären Gutachtens vom Oktober 2005 ab, wonach bei der Beschwerdeführerin kein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Leiden bestehe. Demgegenüber attestierte die Klinik C.____ der



Beschwerdeführerin gemäss Bericht vom September 2004 nach einem stationären Aufenthalt volle Arbeitsunfähigkeit. Für den Fall einer Verschlechterung der psychischen Situation rechnete sie mit der Notwendigkeit einer psychiatrischen Hospitalisation, bei einer psychischen Stabilisierung mit einer teilzeitlichen Arbeitsfähigkeit. Dr. D.____ als behandelnder Psychiater erachtete die Beschwerdeführerin ebenfalls als gänzlich arbeitsunfähig. Dr. B.____ hielt (noch im März 2006) dafür, die Beschwerdeführerin sei aus hauptsächlich psychiatrischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig. Es bestehe eine anhaltend schwere Erkrankung. Der RAD unterstützte das Ergebnis des Gutachtens.

2.- a) Liegen - wie hier - unterschiedliche ärztliche Beurteilungen vor, so hat der Sozialversicherungsrichter aufgrund des im Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a) alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet sowie ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Gutachten und Berichte Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und über eine längere Zeit hinweg regelmässig behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (so etwa der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S C.



vom 6. Dezember 2006, I 329/06; BGE 125 V 353 E. 3b/cc), oder dass sie deren pessimistische subjektive Einschätzung übernehmen. Dieser Vorbehalt ist nach dem Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S T. vom 13. April 2006 (I 645/05) auch für den behandelnden Spezialarzt, namentlich einen Psychiater, und erst recht gegenüber dem schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren, anzubringen. Andererseits kann die Möglichkeit zu längerer Beobachtungszeit Vorteile bieten. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in diesem Sinn festgehalten, der Richter könne auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Kenntnisse des Gesundheitszustandes eines Versicherten abstellen (nicht veröffentlichter Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 255/96, zit. in 4P.254/2005). Es geht jedenfalls nicht an, den Aussagen des Hausarztes ohne nähere und unter dem Gesichtspunkt des Willkürverbotes haltbare Begründung die Glaubwürdigkeit von vornherein abzusprechen (Entscheid des Schweizerischen Bundesgerichts vom 21. Dezember 2005, 4P.254/2005).

b) Das von der Unfallversicherung veranlasste Gutachten ist grundsätzlich geeignet, auch der Invalidenversicherung als Grundlage für die Beurteilung der IV-rechtlich massgebenden Invalidität zu dienen. Es basiert auf einer Kenntnisnahme von den Vorakten und von den geklagten Beschwerden, ferner auf Untersuchungen in internistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht. Die von der Unfallversicherung gewählte Begutachtungsinstitution ist auch Medizinische Abklärungsstelle der Invalidenversicherung (MEDAS). Die Ärzte dieser Stellen werden nicht durch den Versicherungsträger selber angestellt und ihre fachlich-inhaltliche Weisungsunabhängigkeit ist institutionell verankert (vgl. BGE 123 V 175 = AHJ 1997 S. 300).

c) Das Gutachten des Zentrums E.____ wird vom Rechtsvertreter als unzureichend und widersprüchlich erachtet. Im Zentrum der Kritik steht der psychiatrische Gutachter Dr. H.____. Ihm wirft die Beschwerdeführerin ungenügende fachliche Qualifikation und Befangenheit vor. Überdies habe er sich für die Exploration zu wenig Zeit genommen. Bei der Würdigung eines Gutachtens ist in Betracht zu ziehen, ob ein Gutachter genügend sachkundig war. Vorliegend ist eine besondere Qualifikation des



psychiatrischen Gutachters, durch welche die fachliche Kompetenz des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ von vornherein in den Hintergrund gerückt würde, nicht zu erkennen. Über spezielles wissenschaftliches Renommee verfügen offenbar beide nicht. Die klinische Erfahrung ist mangels Unterlagen nicht vergleichbar. Entscheidend bleibt bei solchen Gegebenheiten, dass der psychiatrischen Aussage, die im strittigen Gutachten des Zentrums E.____ die entscheidende Rolle spielt, eine volle Beweiskraft nur dann zukommen kann, wenn sie nicht mit anderen gleichwertigen fachmedizinischen Aussagen kontrastiert. - Vorliegend wird die Auffassung von Dr. H.____ zwar von den Mitgutachtern unterstützt, doch sind jene Meinungsäusserungen des internistischen und des rheumatologischen Mitgutachters in den gemeinsamen Schlussfolgerungen in casu nicht geeignet, die psychiatrische Sicht zu verstärken. Wenn im interdisziplinären Gutachten wie hier ein Einzelgutachter tragend ist, kommt diesem keine grössere Beweiskraft zu als wäre es eine Einzelbegutachtung. Die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters und jene des psychiatrischen Gutachters widersprechen sich nach der Aktenlage diametral. Unter solchen Umständen ist die psychiatrische Problematik des Sachverhalts nicht ausreichend geklärt. Dazu kommt, dass das vom behandelnden Psychiater erhobene Ergebnis der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auch durch die Beurteilung in der Klinik C.____ gestützt wird, wo dem psychosomatischen Aspekt ebenfalls Rechnung getragen worden war.

d) Damit ist zur Frage der Befangenheit des psychiatrischen Gutachters und auch zur Behauptung, es sei nicht ausreichend Zeit verwendet worden, nicht näher Stellung zu nehmen.

e) Hingegen ist nicht unbeachtlich, dass der begutachtende Psychiater Dr. H.____ in seinem Teilgutachten (Gutachten des Zentrums E.____ S. 13 ff.) ausdrücklich festgehalten hat, das Gespräch mit der Beschwerdeführerin habe sich ausgesprochen mühsam gestaltet. Besonders hervorzuheben ist seine Aussage, dass aufgrund der minimalen Kooperationsbereitschaft eine eingehendere psychiatrische Exploration nicht möglich gewesen sei (S. 15 oben). Weshalb die minimale Kooperationsbereitschaft im gutachterlichen Gespräch nicht hat aufgebaut werden können, geht aus dem Gutachten nicht hervor. Eine eingehende Exploration ist aber Bedingung für ein



schlüssiges psychiatrisches Urteil. Die Beschwerdegegnerin wird daher nochmals eine psychiatrische Begutachtung anordnen müssen, eventuell im stationären Rahmen.

3.- a) Im Sinn der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. April 2006 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

b) Eine Rückweisung zur weiteren Abklärung und anschliessenden neuen Verfügung stellt im IV-Bereich praxismässig aus prozessualer Sicht ein vollständiges Obsiegen dar, das einen Anspruch auf eine volle Parteientschädigung entstehen lässt (ZAK 1987, 266 E. 5a, BGE 110 V 57 E. 3a mit Hinweisen). Dieser Praxis liegt die Annahme zugrunde, die Rückweisung habe die Wiederaufnahme des Verwaltungsverfahrens zur Abklärung der Invalidität und damit des Rentenanspruchs (z.B. durch ein neues medizinisches Gutachten) zur Folge. Dies trifft im vorliegenden Fall zu. In Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und des Aufwandes erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. April 2006 aufgehoben und die Streitsache wird zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu bezahlen.