



**Fall-Nr.:** IV 2008/61  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.07.2020  
**Entscheiddatum:** 12.08.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.08.2009**

**Art. 28 IVG. Würdigung sich widersprechender ärztlicher Einschätzungen von behandelndem Psychiater und Gutachter (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. August 2009, IV 2008/61).**

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

Entscheid vom 12. August 2009

in Sachen

Q.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o procap, Frobürgstrasse 4,  
Postfach, 4601 Olten,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a Der 1958 geborene Q.\_\_\_\_ meldete sich am 13. März 2006 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er gab an, zuletzt als (ungelernter) Bauarbeiter bei einer Bauunternehmung tätig gewesen zu sein. Seit dem 14. Januar 2005 sei er arbeitsunfähig (act. G9.1.1).

A.b Nach Angaben des Arbeitgebers war der Versicherte vom 1. Juni 2003 bis 31. Mai 2005 für Bauarbeiten im Tiefbau angestellt. Aus wirtschaftlichen Gründen habe der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis am 17. Dezember 2004 auf den 28. Februar 2005 gekündigt. Der Versicherte sei ab dem 14. Januar 2005 arbeitsunfähig gewesen (act. G9.1.12).

A.c Dr. med. A.\_\_\_\_, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in ihrem Arztbericht vom 13. April 2006 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit Januar 2005 bestehende depressive Störung mit somatischen Symptomen sowie chronische Kopfschmerzen. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein St.n. Facialispause 1979 und ein St.n. Q-Fieber und Hepatitis Januar 2005. Der Versicherte ziehe seine Beachtung aus dem Umstand, dass er auf dem Bau viel und gut arbeite. Im Winter 2004/2005 habe er sich schwach gefühlt, dann seien Q-Fieber und Hepatitis diagnostiziert worden. Seither sei er nie mehr gesund gewesen. Da er nicht mehr arbeiten könne, fühle sich der sehr kooperative, sehr ängstliche, auf somatisches Empfinden fixierte Versicherte wertlos. Er sei enttäuscht und verzweifelt, wenn er durch eine Therapie nicht die frühere Leistungsfähigkeit wiedergewinne. Besonders nach der Rehabilitation sei er depressiv gewesen. Er sei in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter seit dem 14. Januar 2005 zu 100 % arbeitsunfähig. Eine andere Tätigkeit sei dem Versicherten nicht zumutbar (act. G9.1.7).

A.d Die Klinik Gais, wo sich der Versicherte vom 16. Januar 2006 bis 17. Februar 2006 zur Rehabilitation aufgehalten hatte, diagnostizierte gemäss ihrem Arztbericht vom 5. Mai 2006 eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom und



## St.Galler Gerichte

Symptomen einer somatoformen Schmerzstörung (schleichender Beginn Anfang 2005) und einen chronischen Kopfschmerz vom Mischtyp (seit Jahren). Die weiteren Diagnosen, ein Zustand nach Q-Fieber 2005 und nach idiopathischer Fazialisparese rechts 1979 sowie die arterielle Hypertonie hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Er sei derzeit und auch weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Unter der Annahme einer erfolgreichen integrativen psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung mit angemessener und ausreichender antidepressiver und begleitender neuroleptischer Medikation sowie regelmässigen stützenden Gesprächen sei mittelfristig eine Besserung des psychischen Zustandes mit eventuellem Wiedererlangen zumindest einer Teilarbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit denkbar (act. G9.1.13).

A.e Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, gab in seinem Arztbericht vom 11. Juli 2006 an, es bestünden die Diagnosen einer chronisch rezidivierenden Cephalaea rechts, bei Status nach idiopathischer Facialispause rechts 1975, sowie eines Verdachts auf ein psychosomatisches Leiden mit angstbetonter reaktiver Depression. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien der Status nach Q-Fieber mit Begleithepatitis Februar bis März 2005 sowie eine Hypertonie. Während der Versicherte als Bauarbeiter vollständig arbeitsunfähig sei, könne ihm aus somatischer Sicht eine leichte, körperlich wenig anstrengende Tätigkeit in einem reduzierten zeitlichen Rahmen, der später allenfalls ausgeweitet werden könne, und mit verminderter Leistungsfähigkeit zugemutet werden (act. G1.9.16). Wie den Beilagen zu entnehmen war, war der Versicherte wegen ausgeprägten Nachtschweisses und unklarer Sensationen im Bereich der Stirn vom 5. bis 13. April 2005 auf der Abteilung Allgemeine Innere Medizin im Kantonsspital St. Gallen hospitalisiert gewesen. Mit Austrittsbericht vom 18. April 2005 wurden ein Verdacht auf eine Angststörung mit konsekutiver mittelgradiger depressiver Störung, eine positive Coxiella burnetii-Serologie, chronische Kopfschmerzen vom Mischtyp sowie ein Status nach idiopathischer Facialispause 1979 diagnostiziert (act. G9.1.16-10/18). Im Oktober und November 2005 war der Versicherte ferner drei Mal wegen exacerbierender Kopfschmerzen auf der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen untersucht worden (act. G9.1.16-8/18 bis 16-18/18). Im Bericht vom 19. Oktober 2005 hatte die Klinik für Neurologie bekannt gegeben, in der Gesamtsituation mit einer bekannten Angststörung und der depressiven Episode trete die Kopfschmerzsymptomatik in den Hintergrund bzw. es dränge sich der Gedanke an



eine Somatisierungsstörung auf. Bestärkt werde diese Annahme durch die narzisstische Persönlichkeit, die den Arbeitsprozess nur ganz – wie früher – oder gar nicht bewältigen könne und wolle. Je länger ein chronifiziertes Schmerzsyndrom oder ein depressives Syndrom bestehe, umso schwieriger werde eine kurative Therapie, so dass eine stationäre Rehabilitation vorzuschlagen sei.

A.f Der Regionale Ärztliche Dienst der Invalidenversicherung (RAD) hielt am 21. Oktober 2006 fest, es sei soweit nachvollziehbar, dass der Versicherte wegen des psychischen Leidens allseits als voll arbeitsunfähig beurteilt werde, während die Frage der Therapie aber offen sei. Insbesondere zur weiteren Abklärung der Arbeitsfähigkeit und der Ausschöpfung des zumutbaren therapeutischen Potentials und ihren Wirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei eine ergänzende Anfrage an die Klinik Gais zu tätigen. Am 9. Januar 2007 befürwortete der RAD schliesslich eine polydisziplinäre Begutachtung (act. G9.1.24). Nach einer Untersuchung am 20. Juni 2007 erstattete das beauftragte Ärztliche Begutachtungsinstitut (ABI) am 27. August 2007 sein Gutachten. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine leichte depressive Episode sowie chronische Kopfschmerzen unklarer Aetiologie angegeben. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Schmerzverarbeitungsstörung, eine residuelle deutliche periphere Facialisparesie rechts, eine arterielle Hypertonie und eine anamnestisch positive Coxiella burnetii-Serologie. Aus neurologischer Sicht könnten dem Versicherten aufgrund der chronischen Kopfschmerzen körperlich schwere und mindestens anhaltend mittelschwere Tätigkeiten und damit auch die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter seit dem 14. Januar 2005 bleibend nicht mehr zugemutet werden. Ebenso sollten Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten wegen der Gangunsicherheit mit Schwindelgefühl vermieden werden. Körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten in abwechslungsreicher Stellung sowie administrative Arbeiten seien dem Versicherten jedoch aus neurologischer Sicht ganztags zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs um 20 % eingeschränkt sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %; es könne dem Versicherten zugemutet werden, eine seinen körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit zu 80 % auszuüben. Aufgrund der Schmerzverarbeitungsstörung bestehe eine ausgeprägte Selbstlimitierung und Dekonditionierung. Die Kontaktfähigkeit innerhalb der Familie sei aber gut und wäre bei einer mittelgradigen



## St.Galler Gerichte

Depression mehr eingeschränkt. Ferner seien dem Versicherten trotz subjektiv starker Beschwerden Flugreisen möglich. Es sei davon auszugehen, dass sich die Depression unter der psychiatrischen Behandlung und der antidepressiven Medikation etwas gebessert habe. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden. Hierfür fordere die ICD-10 das Vorliegen von schweren psychosozialen oder deutlichen emotionalen Belastungssituationen, was beim Versicherten nicht der Fall sei. Die depressiven Symptome seien nicht von genügender Ausprägung, Intensität und Dauer, um zusätzlich eine depressive Störung zu diagnostizieren. Eine mittelgradige oder gar schwere depressive Störung liege nicht vor. Der Versicherte sei nicht suizidal. Es bestünden keine Konzentrationsstörungen. Serumspiegelmessungen hätten zudem gezeigt, dass der Versicherte die angegebenen Psychopharmaka nicht oder kaum einnehme, was die Einschätzung stütze, dass er sich selber nicht für relevant depressiv halte. Aufgrund offensichtlicher Fehlangaben seien seine Aussagen in Zweifel zu ziehen. Als medizinische Massnahme wurde vorgeschlagen, die Gesprächstherapie bei Dr. A. \_\_\_ sowie die antidepressive Therapie (angepasst) fortzusetzen. Berufliche Massnahmen könnten wegen mangelnder Motivation des Versicherten nicht empfohlen werden (act. G9.1.34).

A.g Mit Vorbescheid vom 30. Oktober 2007 stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St Gallen dem Versicherten eine Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da der Invaliditätsgrad 36 % betrage (act. G9.1.43 f.). Dagegen wandte der Versicherte am 14. November 2007 ein, er könne nicht arbeiten (act. G9.1.45). Am 12. Dezember 2007 verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Abweisung des Anspruchs auf eine Invalidenrente (act. G9.1.46).

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von der procap für den Betroffenen am 28. Januar 2008 erhobene vorsorgliche Beschwerde, mit welcher beantragt wird, die angefochtene Verfügung aufzuheben und den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers nochmals zu prüfen. Vor dem Gutachten sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in angestammter und adaptierter Tätigkeit ausgewiesen gewesen, so dass dem Beschwerdeführer ab Januar 2006 bis zur Neubeurteilung eine ganze Rente zustehe. Für die Zeit danach sei mindestens ein Abzug von 20 % vom Tabellenlohn



zugestehen. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Prozessführung für die Gerichtskosten zu bewilligen und er sei von der Pflicht zur Leistung eines Kostenvorschusses zu befreien. In der Beschwerdeergänzung vom 3. April 2008 beantragt Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, procap, als Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zuzusprechen. Es sei nicht hinreichend geklärt, ob eine mittelgradige oder nur eine leichte Depression vorliege. Dem ABI-Gutachten stünden alle anderen ärztlichen Berichte entgegen, die von einer mittelgradigen Depression und einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgingen. Vor der Auftragserteilung habe auch der RAD das bestätigt. Aus dem ABI-Gutachten sei nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer aufgrund der psychiatrischen Behandlung eine Besserung des Gesundheitszustandes erfahren habe. Das werde auch von der behandelnden Psychiaterin nicht bestätigt. Auf die Beurteilung des ABI könne daher nicht ohne weiteres abgestellt werden. Bezüglich einer allfälligen Besserung wäre eine Rückfrage bei den behandelnden Ärzten angezeigt. Obwohl die Gutachter den Gesundheitszustand erst ab dem Begutachtungszeitpunkt hätten einschätzen können, lehne die Beschwerdegegnerin eine Rente ab. Weil die Gutachter von einer gesundheitlichen Verbesserung durch die Therapie ausgehen würden und der Beschwerdeführer seit 14. Januar 2005 unbestrittenermassen 100 % arbeitsunfähig sei, hätte er bei Abstellen auf das Gutachten ab Januar 2006 bis mindestens drei Monate nach dem Begutachtungszeitpunkt Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Angelegenheit sei zu zusätzlichen medizinischen Abklärungen zurückzuweisen.

C.

Der RAD nahm am 18. April 2008 zur Beschwerdebegründung Stellung, indem er als eindeutig bezeichnete, dass bei der Begutachtung eine leichte depressive Episode vorgelegen habe. Das gehe aus dem Psychostatus hervor und sei auch verschiedentlich nachvollziehbar begründet worden. Zum zeitlichen Verlauf sei indessen eine Rückfrage an das ABI zu richten. Mit Antwortschreiben vom 23. April 2008 führte das ABI aus, die gestellte Diagnose sei im Gutachten genau begründet worden und es habe diesbezüglich auch eine Auseinandersetzung mit den früheren ärztlichen Einschätzungen stattgefunden. Aufgrund der Akten sei davon auszugehen, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Januar 2006



## St.Galler Gerichte

eingetreten sei. Damals habe gemäss dem beschriebenen Psychostatus wahrscheinlich (und höchstens) eine mittelgradige depressive Störung vorgelegen. Eine vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit lasse sich dadurch nicht nachweisen. Die depressive Störung habe sich dann offensichtlich aufgrund des natürlichen Verlaufs und wahrscheinlich aufgrund der Behandlung bis zur Untersuchung vom Juni 2007 progredient gebessert. Deshalb sei über die Zeit von Januar 2006 bis Juni 2007 gemittelt eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierten Verweistätigkeiten zu bestätigen. Ab Juni 2007 sei die Erhöhung auf 80 % Arbeitsfähigkeit eingetreten. Der RAD erachtete diese Angaben für gut nachvollziehbar. Sie deckten sich auch mit den allgemeinen Erfahrungen mit versicherten Personen mit derartigen Gesundheitsschäden und seien zudem höchstrichterlich bestätigt worden.

D.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Meinung der neutralen ABI-Experten sei ein grösserer Stellenwert beizumessen als derjenigen der behandelnden Ärzte. Letztere hätten offenbar nicht überprüft, ob der Beschwerdeführer die verordneten Psychopharmaka tatsächlich einnehme, und hätten sich bei ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung von dessen diesbezüglichen Falschangaben leiten lassen. Die psychiatrische Diagnose stütze sich auf die subjektiven (und kaum überprüfbaren) Angaben des Beschwerdeführers. Serumspiegelmessungen dagegen seien objektiv. Drei der getesteten Wirkstoffe seien überhaupt nicht nachweisbar gewesen. Es stehe fest, dass der Beschwerdeführer bei der Begutachtung nur unter dem Einfluss von Cymbalta gestanden und nur einen leichten depressiven Eindruck gemacht habe. Seine Angaben zum Befinden und den Schmerzen seien, da er Falschangaben zur Medikamenteneinnahme gemacht habe, mit Vorsicht zu geniessen. Der sogenannte Leidensabzug werde bereits vollständig mit der Berücksichtigung der um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit abgegolten. Der Invaliditätsgrad betrage 27 % (act. G9). - Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung ist am 22. September 2008 zurückgezogen worden.

E.



Mit Replik vom 12. November 2008 bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unter Hinweis auf eine beigelegte Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2008 vor, im ABI-Gutachten herrsche aufgrund einer ungenauen Abklärung bezüglich der verordneten Medikamente und der allenfalls nachgewiesenen oder nicht nachgewiesenen Substanzen ein Durcheinander. Der Beschwerdeführer habe (nebst Cymbalta) Dalmador, Demetrin und Paspertin (die letzten beiden vom ABI nicht geprüft) gekannt. Ein restriktiver Gebrauch sei von ihm erwartet worden. Dass Dalmador nicht nachgewiesen worden sei, sei ein Zeichen der guten Kooperation. Zyprexa hingegen sei gar nicht verordnet gewesen. Weshalb Fluoxetin habe nachgewiesen werden wollen, das in der Zusammenstellung gar nicht figuriere, sei unverständlich. Das ABI habe es zu Unrecht unterlassen, mit der behandelnden Ärztin Rücksprache zu nehmen. Der Vorwurf, der Beschwerdeführer habe falsche Angaben zur Medikamenteneinnahme gemacht, sei nicht haltbar. Die seit längerer Zeit behandelnde Ärztin nehme ausführlich Stellung zur Diagnose einer mittelschweren oder schweren Depression. In ihrem Schreiben zeige sie, dass sie keineswegs nur auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstelle, sondern eine differenzierte Beurteilung abgeben könne. Dass der Meinung der neutralen ABI-Experten ein grösserer Stellenwert beizumessen sei, treffe hier nicht zu. Zu bedenken sei, dass die psychiatrische Exploration einer Momentaufnahme entspreche. Der infolge des Durcheinanders mit der Medikamenteneinnahme gezogene falsche Schluss habe wohl auch die Diagnosestellung beeinflusst. Des Weiteren habe Dr. A.\_\_\_\_ die Flugreisen des Beschwerdeführers ausdrücklich befürwortet und ihn dazu ermutigt (act. G15).

F.

In ihrer Duplik vom 17. November 2008 weist die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass Dr. A.\_\_\_\_ die letzte Einnahme von Zyprexa auf den 5. Juni 2007 datiere, während der Beschwerdeführer beim ABI angegeben habe, dieses Medikament vor fünf Tagen (also am 15. Juni 2007) abgesetzt zu haben. Die Reihe widersprüchlicher Angaben reisse also nicht ab. Dass man wenige Tage nach dem Absetzen Olanzapin (den betreffenden Wirkstoff) habe messen wollen, erscheine legitim. Die Medikamentenpläne zu prüfen, sei nicht möglich, da sie nicht vorgelegt worden seien. Fest stehe, dass der Beschwerdeführer zum Begutachtungszeitpunkt nur das Medikament Cymbalta eingenommen habe und trotzdem nur einen leicht depressiven Eindruck gemacht habe.



Hätte er zusätzlich das von Dr. A.\_\_\_\_ verschriebene Medikament Dogmatil eingenommen, wäre sein Zustand noch besser gewesen (act. G17).

Erwägungen:

1.

1.1 Da ein Sachverhalt zu beurteilen ist, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 12. Dezember 2007 entwickelt hat, sind die auf den 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Rechtsänderungen nicht anwendbar.

1.2 Streitgegenstand bildet vorliegend zunächst die Rentenfrage. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung entsprechende Leistungen abgelehnt, der Beschwerdeführer lässt im Gerichtsverfahren (wie schon in der IV-Anmeldung) einzig eine Rente beantragen. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage steht, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

3.

3.1 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). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützt den angefochtenen Entscheid in erster Linie auf das ABI-Gutachten vom 27. August 2007, worin eine leichte depressive Episode und chronische Kopfschmerzen diagnostiziert worden sind. Schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten und Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sind für unzumutbar erklärt worden. Eine Arbeit in einer adaptierten Tätigkeit ist noch zu 80 % als zumutbar erachtet worden.

3.3 In den Akten liegen daneben ferner etwa die Berichte der beiden Kliniken am Kantonsspital St. Gallen, wo je der Verdacht auf eine Angststörung mit konsekutiver mittelgradiger depressiver Störung geäussert, aber keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben worden ist. Die Klinik Gais hat als Diagnose (nebst dem Kopfschmerz, im Wesentlichen) eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom mit Symptomen einer somatoformen Schmerzstörung bezeichnet. Bei Eintritt sei die psychosomatische Symptomatik ausgeprägt, bei Austritt sei der Beschwerdeführer in leicht gebesserem und stabilerem psychischem Zustand gewesen. Die Klinik für psychosomatische Rehabilitation hat ihm nach einer stationären Behandlungsdauer von einem Monat eine Arbeitsunfähigkeit bei Austritt von weiterhin 100 % bei skeptischer Prognose attestiert. Bei einer erfolgreichen psychiatrischen Behandlung stehe aber mittelfristig eine Besserung mit eventuellem Wiedererlangen mindestens einer Teilarbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit in Aussicht. Dr. B.\_\_\_\_ hat am 11. Juli 2006 erklärt, obwohl der Beschwerdeführer somatisch wieder völlig gesund geworden sei, habe er durch die infolge der Erkrankung aufgetretene Verunsicherung und die Insuffizienzgefühle mit Angst trotz Arbeitsversuchen auf tiefem Belastungsniveau und eines Rehabilitationsaufenthalts die Arbeitsfähigkeit oder auch nur Teilarbeitsfähigkeit nicht wieder erlangen können. Die Ursache liege in einer erheblichen Angststörung und einer reaktiven Depression. Die behandelnde Psychiaterin Dr. A.\_\_\_\_ hat den



## St.Galler Gerichte

Beschwerdeführer gemäss ihrem Arztbericht vom 13. April 2006 wegen einer depressiven Störung mit somatischen Symptomen und chronischen Kopfschmerzen ebenfalls für gänzlich arbeitsunfähig gehalten.

3.4 In seinem ergänzenden Schreiben vom 23. April 2008 hat das ABI dargelegt, die depressive Störung des Beschwerdeführers habe sich im Zeitablauf offensichtlich progredient gebessert. Zunächst habe gemäss dem von der Klinik Gais beschriebenen Psychostatus wahrscheinlich (und höchstens) eine mittelgradige depressive Störung vorgelegen und es sei für die Zeit vor der Begutachtung gemittelt von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierten Verweistätigkeiten auszugehen.

3.5 In ihrer Stellungnahme vom 16. Oktober 2008 hält Dr. A.\_\_\_\_ dafür, der Beschwerdeführer schwanke zwischen den Zuständen einer mittelschweren und einer schweren depressiven Störung, im zweiten Fall gelegentlich mit psychotischen Symptomen. Sie stellt sich auf den Standpunkt, auch bei der Begutachtung habe (noch) eine mittelschwere Depression vorgelegen. Die Frage, ob sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes im Zeitablauf ergeben habe, wird demnach von den Fachpersonen unterschiedlich beurteilt. Doch selbst unter der Annahme einer Verbesserung differieren die übrigen ärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit erheblich mit dem Ergebnis der Begutachtung.

3.6 Dr. A.\_\_\_\_ hält dafür, von den psychotischen Symptomen spreche der Beschwerdeführer aus Scham und mangelndem Vertrauen nur selten und nur zu Menschen, die er gut kenne. Dass er zu der seit längerem behandelnden Ärztin offener gesprochen haben könnte als zu den Gutachtern, ist nicht auszuschliessen. Dr. A.\_\_\_\_ stellt sich ausserdem auf den Standpunkt, die vielfältigen, vom ABI erwähnten Symptome reichten vollauf zur Diagnose einer mittelschweren Depression (sc. wohl: mit höherer Arbeitsunfähigkeit). Das ABI hat tatsächlich etliche psychiatrischen Symptome aufgenommen, allerdings bei der Erhebung der Anamnese und der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Massgebend erscheint indessen, was es - enger - als psychopathologischen Befund festgehalten hat: Der Beschwerdeführer habe rasch etwas angespannt gewirkt, teilweise auch resigniert und enttäuscht. Die Stimmung sei depressiv gewesen, Mimik und Gestik herabgesetzt. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leicht eingeschränkt gewesen. Die Aufmerksamkeit, die



Auffassung und das Gedächtnis seien aber nicht beeinträchtigt gewesen. Wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ich-Störungen seien nicht vorhanden gewesen. Bei der Beurteilung wurde dargelegt, es bestünden Schlafschwierigkeiten und eine Antriebsstörung. Der Beschwerdeführer ziehe sich in der Familie zurück und habe kaum mehr Kontakte zu seinen früheren Kollegen. Der soziale Rückzug sei auch durch die Reaktion der Kollegen bedingt. Die Kontaktfähigkeit innerhalb der Familie sei gut und wäre bei einer mittelgradigen Depression mehr eingeschränkt. Das ABI schliesst, die depressiven Symptome seien nicht von genügender Ausprägung, Intensität und Dauer, um zusätzlich eine depressive Störung zu diagnostizieren. Dr. A.\_\_\_\_ hält bezüglich der Kontaktfähigkeit dagegen, der Beschwerdeführer sei vom Kontakt zur Familie rasch überfordert und ziehe sich auch dort zurück. Das sei auch in der Heimat nicht anders gewesen, da er sich schäme, als schwacher, kranker Mann gesehen zu werden. Diese Darstellung der behandelnden Ärztin erscheint zumindest ebenfalls denkbar.

3.7 Zur Begründung der Diagnose einer lediglich leichten depressiven Episode und der entsprechenden Arbeitsfähigkeitsschätzung mit 80 % erwähnt das ABI-Gutachten weiter etwa, dass dem Beschwerdeführer trotz subjektiv starker Beschwerden Flugreisen möglich seien. Diesbezüglich erklärt Dr. A.\_\_\_\_, der Hausarzt und sie hätten dem Beschwerdeführer "eine Kur" zuhause anempfohlen und diese Flugreise sei (unter Zusatzmedikation) in erster Linie auf ihr Drängen hin zustande gekommen. Auch zu der Flugreise, die er wegen des Todes seiner Mutter unternommen habe, habe er viel Ermutigung gebraucht. Aus der Tatsache, dass der Beschwerdeführer Flugreisen gemacht hat, lässt sich unter diesen Umständen entgegen der Annahme des ABI nichts für einen positiven psychischen Zustand ableiten.

3.8 Des Weiteren nahm das ABI aufgrund der Serumspiegelmessungen an, dass der Beschwerdeführer die angegebenen Psychopharmaka nicht oder kaum einnehme, und erachtete dies als Hinweis darauf, dass er sich selber nicht für relevant depressiv halte. Getestet hat es Fluoxetin/Norfluoxetin, dessen Spiegel massiv unterhalb des therapeutischen Referenzbereichs lag. Zwei Tabletten waren gemäss der Wiedergabe des ABI aus dem Medikamentenverordnungsblatt, welches bei der psychiatrischen Untersuchung vorgelegt worden war, einzunehmen. Bei den anlässlich der internistischen/allgemeinmedizinischen und der neurologischen Abklärung des ABI



aufgenommenen Aufzählungen figurierte das Medikament nicht. Dr. A.\_\_\_\_ gab an, der Beschwerdeführer habe es am 14. Mai 2007 zuletzt eingenommen, und es sei nicht mehr verordnet gewesen. Das könnte eventuell erklären, weshalb offenbar bei der Abklärung am 20. Juni 2007 nur, aber immerhin noch Spuren davon gefunden wurden. Des Weiteren wurde im ABI der Olanzapin-Spiegel bestimmt und das Mittel nicht gefunden. Bei der internistisch/allgemeinmedizinisch erhobenen Liste wurde Zyprexa als verordnet bezeichnet. Bei der psychiatrischen und der neurologischen Untersuchung hatte der Beschwerdeführer angegeben, dieses Medikament vor fünf bzw. vor wenigen Tagen abgesetzt zu haben. Dr. A.\_\_\_\_ gab an, er habe es am 5. Juni 2007 zuletzt eingenommen, und auch dieses Mittel sei nicht mehr verordnet gewesen. Es könnte somit aus dem Testergebnis höchstens abzuleiten sein, der Beschwerdeführer habe dieses Medikament allenfalls früher trotz Verordnung nicht eingenommen. Das lässt sich aber bei der vorhandenen Aktenlage nicht beurteilen. Geprüft und nicht gefunden wurde ferner Flurazepam, der Wirkstoff von Dalmadorm. Dalmadorm war gemäss allen vom ABI wiedergegebenen Auflistungen verordnet. Dr. A.\_\_\_\_ erklärte, das Schlafmittel ab 5. Juni 2007 nur (noch?) in Reserve abgegeben zu haben. Hier gilt demnach das zu Zyprexa Dargelegte. Gemessen und nicht nachgewiesen wurde ferner die Sulpirid-Konzentration. Für Dogmatil gab es gemäss der psychiatrischen und der neurologischen Erhebung und gemäss Dr. A.\_\_\_\_ eine Verordnung, hingegen war das Medikament gemäss der internistischen/allgemeinmedizinischen Liste nur in Reserve einzunehmen. Ob die Nichteinnahme vorwerfbar sei, erscheint angesichts dieses letzteren Umstands wiederum zweifelhaft.

3.9 In Anbetracht der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der Sprachschwierigkeiten des Beschwerdeführers sowie der insgesamt grossen Anzahl wechselnder Medikamente kann es in der Frage der Medikamenteneinnahme beim Beschwerdeführer durchaus zu Schwierigkeiten und Missverständnissen gekommen sein. Abgesehen davon, dass Schlüsse aus Serumspiegelmessungen ohnehin nur mit besonderer Vorsicht getroffen werden können, da der Blutspiegel aus individuellen Gründen um einen Faktor 20 variieren kann (vgl. J. John Mann, Drug Therapy, The Medical Management of Depression, in New England Journal of Medicine, October 27, 2005, 1829), muss aber beanstandend festgestellt werden, dass die drei Gutachter des ABI von verschiedenen Annahmen zur Medikamentenverordnung ausgegangen sind, ohne Rücksprache untereinander oder mit der behandelnden Psychiaterin zu nehmen.



## St.Galler Gerichte

Diese berichtet, sie habe ab 5. Juni 2007 eine (vierte, nochmals mehr oder weniger) abweichende Variante der Verordnung abgegeben. Nach der Aktenlage rechtfertigt es sich jedenfalls nicht, dem Beschwerdeführer vorzuwerfen, er habe (vorsätzlich) Fehlangaben gemacht.

3.10 Stützt das ABI seine Beurteilung unter den dargelegten Umständen mit der angenommenen Fähigkeit des Beschwerdeführers zu Flugreisen und mit der Annahme, er halte sich, da er einen Teil der verordneten Medikamente nicht einnehme, selber nicht für relevant depressiv, und wird bei der Begutachtung dafürgehalten, aufgrund offensichtlicher Fehlangaben seien die Aussagen des Beschwerdeführers in Zweifel zu ziehen, so erscheint die Beweiskraft des Gutachtens als geschwächt. Es vermag nicht ohne Weiteres gegen die übrigen medizinischen Einschätzungen, insbesondere die ausreichend distanziert erscheinende Beurteilung der behandelnden Psychiaterin, durchzudringen. Insgesamt hat das Gericht erhebliche Zweifel daran, ob das ABI die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers hinreichend abgeklärt hat. Vor allem wurde trotz Anlasses keine Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin gepflogen. Damit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers genügend zuverlässig beurteilt werden kann, ist eine ergänzende psychiatrische Abklärung im Sinne eines Obergutachtens erforderlich.

4.

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2007 teilweise zu schützen. Die Sache ist zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). In Anbetracht des unterdurchschnittlichen Aufwandes erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 400.-- als angemessen. Bei einer Rückweisung zur Abklärung ist praxismässig für die Kostenfolgen von einem vollen Obsiegen des Beschwerdeführers auszugehen (vgl. zur Parteienschädigung ZAK 1987 S. 266 E. 5a). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von



Fr. 400.-- zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

4.3 Der Beschwerdeführer hat als obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG). Vorliegend erscheint eine (volle) Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2007 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 400.--. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.