

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/163 vom 22. November 2007**

Sg Versicherungsgericht, 2007-11-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2006\\_163](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2006_163)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/163 du 22 novembre 2007

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/163 del 22 novembre 2007

## **Regeste**

Art. 8 Abs. 1 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 Abs. 1 IVG. Anspruch auf Invalidenrente. Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten; Begutachtungsauftrag versus Behandlungsauftrag. Definition der Arbeitsunfähigkeit, die der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens zugrunde liegt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. November 2007, IV 2006/163).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig und im vorliegenden Verfahren zu beurteilen ist einerseits der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Rente, andererseits sein Anspruch auf Arbeitsvermittlung.

### **E. 2**

a) Unter Invalidität wird bei als Gesunde voll erwerbstätigen Personen die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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 Invaliditätsgrad 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). b) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 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). c) Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers gab die Beschwerdegegnerin bei Dr. D.\_\_\_\_ keine Begutachtung in Auftrag, sondern sandte ihm vielmehr am 23. Dezember 2003 das Formular "Arztbericht", das sie selbsttags auch Dr. B.\_\_\_\_ zukommen liess (IV-act. 8; 13; 24). Die Beschwerdegegnerin holt zur Prüfung der Rentenberechtigung praxisgemäss solche Berichte von den behandelnden Ärzten ein und entscheidet anschliessend, ob sie zur verlässlichen Beurteilung des Gesundheitszustands des Gesuchstellers eine unabhängige polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag geben soll. Nach mehreren Mahnungen an Dr. D.\_\_\_\_ bat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer am 18. August 2004 und am 8. Dezember 2004 um Mitwirkung bei der Einreichung des Arztberichts. Liege ihr dieser Bericht nicht bis zum 31. Dezember 2004 vor, müsse sie allenfalls aufgrund der Akten entscheiden (IV-act. 14; 23). Dieser angedrohte Aktenentscheid ist nicht erfolgt. Vielmehr gab die Beschwerdegegnerin beim ABI Basel eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag (vgl. das IV-Formular "Auftrag für eine interdisziplinäre Abklärung" in IV-act. 27). Dr. D.\_\_\_\_ reichte der Beschwerdegegnerin das Formular "Arztbericht" nie ein. Er teilte jedoch am 28. März 2006 der Hausärztin des Beschwerdeführers seine Beurteilung mit. Dieser Bericht wurde der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis zugestellt. Natürlich geht es nicht an, den Beschwerdeführer für die Säumnis seines Psychiaters durch Nichtberücksichtigung dieses Aktenstücks zu strafen. Vielmehr ist auch der Bericht D.\_\_\_\_ zu prüfen und hat in die Beurteilung miteinzufliessen. Somit ist nachfolgend die medizinische Aktenlage umfassend zu würdigen.

### **E. 3**

a) Mit Ausnahme des Berichts von Dr. D.\_\_\_\_ vom 28. März 2006, der erst nach dem ABI-Gutachten erstellt wurde, lagen den ABI-Gutachtern sämtliche relevanten medizinischen Unterlagen vor. Für den ABI-Teilgutachter Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stand die Diagnose des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) im Vordergrund. Er beobachtete ein ausgeprägtes Schonhinken links mit fast zuckenden Bewegungen des linken Beines. Auf neurologischer Ebene würden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems zeigen. Die vorliegenden bildgebenden Massnahmen zeigten lediglich leichtgradige degenerative Veränderungen im thorakolumbalen Übergangsbereich bei ansonsten altersentsprechend sehr guten Verhältnissen ohne Hinweise auf wesentliche degenerative Veränderungen oder sonstige Ursachen der geäusserten Schmerzen. Die Röntgenbilder von Becken und linkem Fuss zeigten leichtgradige degenerative Veränderungen, die jedoch die geäusserten Schmerzen nicht erklären würden. Dr. G.\_\_\_\_ hält zusammenfassend fest, es fänden sich auf der Ebene des Bewegungsapparates kaum

objektivierbare Befunde, die die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen zu erklären vermöchten. Der Teilgutachter bescheinigte in der angestammten mittelschweren sowie in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit volle Arbeitsfähigkeit. Der Psychiater Dr. med. H. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Teilgutachten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und äusserte den Verdacht auf eine dissoziative Bewegungsstörung. Der Beschwerdeführer habe sich am Untersuchungstag in einer ausgeglichenen Stimmung befunden. Der Psychiater konnte keine Verminderung der affektiven Modulationsfähigkeit oder der Vitalität feststellen. Insgesamt sei der Beschwerdeführer durch eine Dramatisierungsneigung aufgefallen. Er habe sich in etwas demonstrativer Art und Weise mit einem starken Hinken und mit schmerzverzerrtem Gesicht von der Wartezone Richtung Untersuchungszimmer bewegt. Mit dem rechten Bein sei er dabei anscheinend immer wieder eingeknickt. Bei der Untersuchung habe sich ein Schmerzsyndrom mit Schmerzen im lumbosakralen Rücken mit Ausstrahlung ins linke, manchmal auch ins rechte Bein nachweisen lassen. Aus psychiatrischer Sicht müsse erwähnt werden, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Schmerzen etwa im Jahr 2001 unter mehreren Belastungen gelitten habe. Einerseits leide er offenbar unter der Tatsache, dass er seine in Frankreich lebenden Söhne seit 18 Jahren nicht mehr gesehen habe. Andererseits solle es am Arbeitsplatz auch immer wieder zu Auseinandersetzungen mit einem Mitarbeiter gekommen sein. Diese psychosozialen Belastungen seien als schwerwiegend genug zu betrachten, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Schmerzentwicklung und -aufrechterhaltung zu stehen. Der Psychiater erwähnt eine anamnestisch erhobene schmerzbedingte Durchschlafstörung, eine zeitweilig auftretende Müdigkeit und schnellere Ermüdbarkeit und eine zeitweise auftretende Angst in der Nacht vor dem Dunkeln. Überdies solle der Beschwerdeführer unter Potenzproblemen, nicht jedoch unter einer Libidoverminderung leiden. Diese Symptome würden die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode oder einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt notwendigen Klassifikationskriterien nicht erfüllen. Eine Depression könne nicht objektiviert werden. Die anamnestisch erhobenen depressiven und Angstsymptome seien am ehesten der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu subsumieren. Eine ausgeprägte Angst hätte weder bei der Untersuchung noch anamnestisch nachgewiesen werden können. Überdies hätten auch keine Anhaltspunkte für einen psychotischen Prozess eruiert werden können. Die in der Rehaklinik Gais diagnostizierte Anpassungsstörung lasse sich heute nicht mehr nachweisen. Die Diagnose der dissoziativen Bewegungsstörung des rechten Beins könne nicht mit Sicherheit gestellt werden, differentialdiagnostisch sei an eine bewusste Aggravationsneigung zu denken. Weitere psychiatrische Komorbiditäten könnten nicht diagnostiziert werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 20%. Aus seinem Leiden scheine der Beschwerdeführer insofern einen sekundären Krankheitsgewinn zu ziehen, als er von seinen Angehörigen geschont und unterstützt werde. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei seiner Selbsteinschätzung auch wesentliche krankheitsfremde Faktoren miteinbezogen habe wie beispielsweise das Alter, geringe berufliche Qualifikationen und mangelnde Deutschkenntnisse. Der Beschwerdeführer sei sich wohl bewusst, dass er aufgrund dieser krankheitsfremden Faktoren kaum mehr eine Chance habe, auf dem Arbeitsmarkt eine Tätigkeit zu finden. Dies dürfte seine subjektive Überzeugung stützen, nicht mehr arbeiten zu können. Die Diskrepanz in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu derjenigen der Klinik Gais sei vor

allem darin zu sehen, dass sich bei der aktuellen Untersuchung keine Anpassungsstörung mehr nachweisen lasse. Entgegen der vom Beschwerdeführer gemachten Angaben, dass er das verordnete Antidepressivum und das niedrig dosierte Neuroleptikum regelmässig einnehme, hätten diese Medikamente bei der vom ABI durchgeführten Serumkontrollen nicht nachgewiesen werden können. Dies sei ein Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer sich selbst nicht als besonders depressiv erlebe. b) Die Ärzte der Klinik Gais hatten am 7. November 2003 die Diagnose der Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt gestellt. Der Beschwerdeführer sei vordergründig sehr kooperativ gewesen, die Gespräche seien jedoch meistens in seiner blumigen Schilderung der körperlichen Beschwerden verlaufen. Bezüglich seiner psychischen Probleme habe der Beschwerdeführer insgesamt eine Krankheitsuneinsichtigkeit gezeigt. Der Beschwerdeführer wäre ab 20. Oktober 2003 zu 50% arbeitsfähig (IV-act. 8-8). Im ABI-Gutachten wurde wie erläutert nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass bei der Untersuchung Anfang 2006 keine Anpassungsstörung mehr bestand. Gemäss den Untersuchungsergebnissen waren weder depressive Stimmung, noch Angst oder Sorge besonders aufgefallen, noch war eine Störung anderer Gefühle oder des Sozialverhaltens erkennbar. Das Ergebnis im ABI-Gutachten passt denn auch zur Erkenntnis, dass Anpassungsstörungen meist vorübergehend sind (vgl. DILLING/ MAMBOUR/ SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., Bern 2005, F43.2, S. 170 f.). c) Dr. I. \_\_\_ hatte am 11. Dezember 2003 für Tätigkeiten in wechselnder Stellung ohne Gewichtsbelastungen eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bescheinigt (IV-act. 8-5 f.). Objektivierbare pathologische Befunde auf somatischer Ebene konnte er kaum erheben, weshalb er von einer Symptomausweitung ausging. In seinem Bericht vom 15. Dezember 2005 hielt Dr. I. \_\_\_ fest, auffällig sei der eher erhöhte Tonus der Muskulatur mit gut ausgebildeter kräftiger Muskulatur, obwohl der Beschwerdeführer seit zwei Jahren nicht mehr körperlich gearbeitet habe. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung gab er in diesem Bericht nicht ab (IV-act. 35-2). Die ABI-Gutachter führten diesbezüglich aus, es sei für sie nicht ganz nachvollziehbar, weshalb eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht erfolgen sollte. Es müsse postuliert werden, dass Dr. I. \_\_\_ als empathisch tätiger behandelnder Arzt hier in erheblichem Umfang das subjektive Schmerzempfinden des Beschwerdeführers berücksichtigt habe, worauf in einer Begutachtungssituation kaum Rücksicht genommen werden könne (IV-act. 34-21). Tatsächlich vermag der Orthopäde Dr. I. \_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 50% nicht nachvollziehbar zu begründen, zumal auch er die geklagten Leiden des Beschwerdeführers kaum objektivieren kann. Da er nicht über eine psychiatrische Ausbildung verfügt, kann er seine Einschätzung auch nicht aus den vorhandenen psychischen Problemfeldern herleiten. In einem Bericht vom 5. November 2004 war Dr. I. \_\_\_ gar von einer Arbeitsunfähigkeit von 66% ausgegangen, wobei er sich diesbezüglich offenbar auf die Angaben des Beschwerdeführers verliess, hielt er doch fest, seitens der Arbeitsfähigkeit sei eine Steigerung kaum möglich, da der Beschwerdeführer bereits spätestens nach einer Stunde eine Zunahme der Schmerzsymptomatik angebe. Dr. I. \_\_\_ war nicht in der Lage, die angegebene Schmerzzunahme zu objektivieren oder begründet zu beurteilen, inwieweit es dem Beschwerdeführer zuzumuten wäre, trotz gewisser Schmerzen weiterzuarbeiten (IV-act. 35-6). Auch sein Schreiben vom 10. Juni 2006 offenbart diesbezüglich nichts Neues, berichtet der Orthopäde doch lediglich von einer im Rahmen eines Verzahnungsprogramms versuchten Reintegration mit einem Arbeitspensum von 34%. Ohne diesen Versuch näher zu kommentieren, wies Dr. I. \_\_\_

darauf hin, er erachte eine stationäre Abklärung bezüglich Arbeitsfähigkeit als sinnvoll (IV-act. 35-5). Insgesamt vermag Dr. I.\_\_\_\_ die von ihm nach Lage der Akten zuletzt im November 2004 bescheinigte Arbeitsfähigkeit nicht überzeugend zu begründen. Seine Einschätzungen lösen keine Zweifel an der Beurteilung durch die ABI-Ärzte aus. d) Der Neurologe Dr. K.\_\_\_\_ wies in seinem Bericht vom 15. Januar 2004 auf die von psychiatrischer Seite gestellte Diagnose der Anpassungsstörung, somatoformen Schmerzstörung und dissoziativen Bewegungsstörung hin und meinte dazu, aus neurologischer Sicht sei an dieser Diagnose nicht zu zweifeln (IV-act. 8-12). Wie diese Äusserung zu verstehen ist, verdeutlicht ein Schreiben von Dr. K.\_\_\_\_ vom 17. Februar 2004, in dem er ausführte, aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 8-14). Im Schreiben vom 15. Januar 2004 bestätigte er also nicht etwa aus neurologischer Sicht die psychiatrischen Diagnosen der Klinik Gais vom November 2003. Vielmehr meinte er mit seiner Äusserung, aus neurologischer Sicht sei an diesen Diagnosen nicht zu zweifeln, offensichtlich, dass er als Neurologe nicht in der Lage resp. befugt sei, diese Diagnosen in Zweifel zu ziehen oder zu kommentieren. Er hatte sich denn auch tatsächlich nur zum neurologischen und nicht zum psychiatrischen Status des Beschwerdeführers zu äussern. Zur von der Klinik Gais geschätzten Arbeitsfähigkeit äusserte er sich konsequenterweise denn auch nicht. e) Zu würdigen bleibt somit der Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 28. März 2006. Anamnestisch hielt der Psychiater fest, der Beschwerdeführer leide seit sechs Jahren unter intensiven Rückenschmerzen, die sich mit der Zeit ins linke Bein ausgeweitet hätten. Seit ca. vier Jahren müsse er unwillkürlich das rechte Bein bewegen, wodurch die Gehfähigkeit stark beeinträchtigt worden sei. Der Beschwerdeführer habe sehr stark geklagt über intensive Schmerzen, Beweglichkeitsprobleme aber auch depressive Verstimmung und Angstsymptome. Dr. D.\_\_\_\_ hält fest, er habe beim Beschwerdeführer eine depressive Störung mit somatischen Symptomen und starken Ängsten sowie Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen feststellen können. Deswegen habe er ihm eine Therapie mit Antidepressiva und Anxiolytika verordnet. Die Therapie und der Aufenthalt in Gais hätten zu keiner Besserung des Zustands geführt. Bis heute sei der Beschwerdeführer depressiv, innerlich verspannt, sehr ängstlich, unterschwellig aggressiv und misstrauisch geblieben. Er leide unter Schlafstörungen und fühle sich innerlich müde. Dr. D.\_\_\_\_ stellt die Diagnosen der mittelgradigen depressiven Störung mit somatischen Symptomen auf dem Boden einer ängstlichen Person mit histrionischen Zügen und des chronifizierten Schmerzsyndroms. Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Aus psychiatrischer Sicht hält Dr. D.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer zu 60% arbeitsunfähig. Die Prognose sei eher ungünstig. Es handle sich um eine depressive Störung, die mit intensiven Ängsten und dissoziativen Symptomen verbunden sei (IV-act. 41). f) Die Einschätzungen von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ von der ABI weichen wesentlich voneinander ab. Dr. H.\_\_\_\_ konnte eine Depression nicht objektivieren, während Dr. D.\_\_\_\_ gar von einer mittelgradigen depressiven Störung berichtete. Der behandelnde Psychiater erlebte den Beschwerdeführer als sehr ängstlich, während Dr. H.\_\_\_\_ eine ausgeprägte Angst weder anamnestisch noch im Rahmen der Untersuchung nachweisen konnte und die anamnestisch erhobenen depressiven und Angstsymptome unter die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung subsumierte. g) Der zuständige Arzt des IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) nahm am 1. Mai 2006 zu den divergierenden Einschätzungen der beiden Psychiater Stellung. Der Beschwerdeführer sei bereits seit 2002 bei Dr. D.\_\_\_\_ in Therapie, wodurch dessen Beurteilung einerseits in sich konsistenter,

andererseits in der Schwere der Sache, was die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit betreffe, weniger nachvollziehbar wirke als das ABI-Gutachten. Die auf den ersten Blick höhere Konsistenz werde durch fehlende Beschreibung der Ressourcen und ausschliessliche Betonung eines Leidens erreicht, die zum ähnlichen Zeitpunkt im Rahmen der ABI-Begutachtung durch Erweiterung des Betrachtungskontextes ein wesentlich bunteres Bild ergeben habe. Der RAD-Arzt hielt fest, er neige dazu, aufgrund der Ausführlichkeit und der bereits erwähnten Diskussion der Widersprüche zwischen subjektivem Befinden und objektiven Befunden sowie subjektiver Arbeitsunfähigkeit und objektiver, zumutbarer Leistungsfähigkeit dem ABI-Gutachten den Vorzug in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu geben. Versuche, auftretende Diskrepanzen zu diskutieren, würden bei Dr. D.\_\_\_\_ vollständig fehlen (IV-act. 46).

#### **E. 4**

a) Die Beschwerdegegnerin verweist im Einspracheentscheid auf die neuere Rechtsprechung des Bundesgerichts im Urteil I 783/05 vom 18. April 2006. Dort hielt das Bundesgericht in Erw. 2.2 fest, die psychiatrische Exploration könne von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffne dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren seien, sofern der Experte lege artis vorgegangen sei (vgl. die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag könne es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangten oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhielten. Anders verhalte es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbrächten, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben seien und sich eigneten, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen.

b) Diese Rechtsprechung schießt insoweit über das Ziel hinaus, als sie die freie Beweiswürdigung einschränkt und eine Infragestellung der Administrativexpertise aufgrund von abweichenden Einschätzungen behandelnder Ärzte gar nicht erlaubt, wenn von diesen nicht neue, objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden. Freilich haben Verwaltung und Gericht sämtliche medizinischen Akten zu würdigen. Lässt die Beurteilung eines behandelnden Arztes (auch wenn er keine neuen, objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorbringt) Zweifel an der Schlüssigkeit der Administrativ- oder Gerichtsexpertise aufkommen, so sind Verwaltung und Gericht nicht unausweichlich an die Expertise gebunden, da dies auf eine starre Beweisregel hinauslaufen würde, die aufgrund der Maxime der freien Beweiswürdigung nicht haltbar ist. Im vorliegenden Fall vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte bei freier Würdigung jedoch keine Zweifel am ABI-Gutachten auszulösen (vgl. den Entscheid IV 2006/162 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Oktober 2007, Erw. 3f).

c) Der RAD-Arzt hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen vermöge. Es ist nämlich eine Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte das Ausmass der Krankheit (und damit den Grad der Arbeitsunfähigkeit) in aller Regel erheblich höher einschätzen als medizinische Sachverständige, die der versicherten Person unbefangen und vor allem unbelastet durch eine lange, meist erfolglose Therapie und durch eine konsequent pessimistische, sich zudem augenscheinlich selbst bestätigende Einschätzung des Patienten

gegenübertreten. Das immer wieder vorgebrachte (und so auch vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geäußerte) Argument, die Begutachtung sei nur eine Momentaufnahme, während ein behandelnder Arzt seinen Patienten über einen längeren Zeitraum beobachten könnte und ihn und seine Krankheit deshalb besser einzuschätzen vermöchte, ist nicht stichhaltig, denn der unabhängige Sachverständige verfügt über jene Unterlagen, die ihm die Krankengeschichte und damit das vom behandelnden Arzt gesammelte Wissen über den Patienten und dessen Krankheit vermitteln. Darauf kann er bei der Begutachtung aufbauen, so dass seine Abklärung keineswegs nur die behauptete Momentaufnahme ist. d) Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen im ABI-Gutachten und von Dr. D. \_\_\_ weichen erheblich voneinander ab. Dies dürfte insbesondere darauf zurückzuführen sein, dass die Ärzte keinen einheitlichen Arbeitsfähigkeitsbegriff verwendet haben. Die Arbeitsfähigkeit, die der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens und damit der Bemessung des IV-Grades zugrunde zu legen ist, definiert sich u.a. auch unter Berücksichtigung der allgemeinen Schadenminderungspflicht. Das bedeutet, dass nicht auf die subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung der versicherten Person, sondern darauf abgestellt werden muss, in welchem Ausmass die Ausübung einer Erwerbstätigkeit objektiv nicht mehr möglich und zumutbar ist. In Erfüllung der Schadenminderungspflicht muss die versicherte Person allen guten Willen aufbringen, um die objektiv verbliebene Arbeitsfähigkeit so weit als möglich in einer Erwerbstätigkeit zu verwerten. Dieser Pflicht zu einer möglichen und zumutbaren Willensanstrengung ist bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, d.h. die massgebende Arbeitsfähigkeit entspricht jener Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, die eine versicherte Person aufweisen würde, wenn sie sich unter Aufbietung allen guten Willens bemühen und einsetzen würde. In der Regel fehlt den Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte diese Komponente oder sie wird nicht mit der erforderlichen Konsequenz angewendet. Deshalb wird nicht der "Soll-Arbeitsfähigkeitsgrad" angegeben. Dies dürfte auch im vorliegenden Fall die Differenzen erklären. Die Fähigkeit, die Schmerzen und die Begleitscheinungen einer Depression oder einer somatoformen Schmerzstörung zu überwinden und die Arbeit soweit als möglich wieder aufzunehmen, hängt von den Mitteln ab, über die eine Person verfügt, um ihren Willen zu beeinflussen. Da sich diese Mittel nicht im Einzelfall messen lassen, muss ein allgemeiner Massstab angelegt werden (RENATO MARELLI, Nicht können oder nicht wollen? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, SZS 2007, S. 331). Bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden, bei somatoformen Schmerzstörungen usw. ist von der grundsätzlichen Fähigkeit zu einer Willensanstrengung auszugehen, die eine vollumfängliche Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung erlaubt. Eine Ausnahme von dieser Vermutung ist dann gegeben, wenn "eine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vorliegt oder andere qualifizierte, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Kriterien vorliegen ..." (MARELLI, a.a.O., S. 333). Im ABI-Gutachten wird neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung von einer in Verdacht stehenden dissoziativen Bewegungsstörung des rechten Beins berichtet. Weitere psychiatrische Komorbiditäten könnten nicht diagnostiziert werden. Im ABI-Gutachten wird also davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer die grundsätzlich vollständig überwindbare somatoforme Schmerzstörung im Ergebnis trotz voller Willensanstrengung nur noch im Ausmass von 80% überwinden könne. Es ist davon auszugehen, dass einzig die Einschätzung von Dr. H. \_\_\_ nicht auf einer subjektiven Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers beruht. Da das

ABI-Gutachten im Übrigen alle Anforderungen erfüllt, ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer seiner somatischen Gesundheitsbeeinträchtigung adaptierten Erwerbstätigkeit zu 80% arbeitsfähig ist. e) Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers kritisiert schliesslich, dass die ABI-Gutachter den Verdacht einer bewussten Aggravationsneigung äusserten. Dies werde dem Beschwerdeführer in keinem der anderen ärztlichen Berichte vorgeworfen. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters lässt dies natürlich nicht den Schluss zu, dass die Beobachtungen der ABI-Gutachter unzutreffend wären. Da es sich bei der ABI-Begutachtung um die einzige durchgeführte unabhängige Begutachtung handelt, ist auch bezüglich Aggravationsneigung und von den ABI-Gutachtern vermutetem sekundärem Krankheitsgewinn auf die obigen Ausführungen zum Behandlungs- versus Begutachtungsauftrag zu verweisen. Anzeichen für Voreingenommenheit der ABI-Gutachter sind jedenfalls keine ersichtlich. In diesem Zusammenhang legt übrigens die Feststellung im ABI-Gutachten, die durchgeführten Serumkontrollen hätten gezeigt, dass der Beschwerdeführer entgegen seinen Angaben das verordnete Antidepressivum und Neuroleptikum nicht einnehme, tatsächlich die Schlussfolgerung nahe, dass der Beschwerdeführer sich selbst nicht als besonders depressiv erlebe (vgl. IV-act. 34-18, Ziff. 4.2.7 in fine). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sahen die ABI-Gutachter nicht etwa darin einen Hinweis auf Aggravation, dass der Beschwerdeführer in der orthopädischen und der psychiatrischen Begutachtung jeweils das andere Bein als behindert präsentiert hätte (vgl. act. G 1.1, Ziff. II/2, S. 5). Damit unterstellt die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Simulation, die in den Akten keine Stütze findet. Vielmehr lässt sich den Akten entnehmen, dass die Schmerzen insbesondere ins linke Bein ausstrahlen, der Beschwerdeführer jedoch am rechten Bein eine mögliche Bewegungsstörung hat, für deren dissoziative Ursache die Klassifikationskriterien (ungelöste ödipale Konflikte) fehlten. Der Schmerzschilderung allein kann weder ein Hinweis auf Simulation noch auf Aggravation entnommen werden. Davon geht das ABI-Gutachten jedoch auch nicht aus.

## **E. 5**

a) Die Beschwerdegegnerin zog für den Einkommensvergleich ein Valideneinkommen von Fr. 64'092.- bei. Den Akten kann nicht entnommen werden, wie sie darauf kommt. Im Schlussbericht der Eingliederungsberaterin hatte diese auf ein Telefongespräch mit der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers vom 12. April 2006 verwiesen und festgehalten, das mögliche Einkommen betrage aktuell 13 x 4'690.-, also Fr. 60'970.-. Im Jahr 2004 (richtig: 2002; vgl. IV-act. 4) habe der Beschwerdeführer jedoch ein Einkommen von Fr. 64'083.- erzielt. Die ehemalige Arbeitgeberin hatte dazu ausgeführt, in den Jahren 2002 und 2003 seien zusätzlich noch Überstunden und ein leistungsabhängiger Bonus ausbezahlt worden. Der Bonus habe im Jahr 2002 Fr. 750.- und im 2003 Fr. 1'176.- betragen. Er sei jedoch kein fester Lohnbestandteil, sondern leistungsabhängig und gewinnorientiert (IV-act. 43). Das vom Beschwerdeführer im Jahr 2003 erzielte Einkommen betrug Fr. 63'779.- (IV-act. 6-6). Im Jahr 1999 lag es bei Fr. 62'415.-, im Jahr 2000 bei Fr. 60'535.- und im Jahr 2001 bei Fr. 60'829.- (IV-act. 4). Da es nicht dermassen stark schwankte, dass man auf den Durchschnitt der vergangenen Jahre abstellen müsste (vgl. ZAK 1985 464; EVGE I 277/06 vom 14. Dezember 2006), ist also vom zuletzt 2003 erzielten Einkommen von Fr. 63'779.- auszugehen und dieses der Nominallohnentwicklung im Jahr 2004 (+0.9%) anzupassen. Für das Jahr 2004 ergibt sich damit ein Valideneinkommen von Fr. 64'353.-. b) Die Beschwerdegegnerin hat zur Bemessung des

Invalideneinkommens zu Recht auf die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung abgestellt. Zur Berechnung des IV-Grads sind Validen- und Invalideneinkommen aus derselben Vergleichsperiode beizuziehen. Im Jahr 2004 verdienen Männer im privaten Sektor und im tiefsten Anforderungsniveau (einfache und repetitive Tätigkeiten) durchschnittlich Fr. 4'588.- bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden (LSE 2004, TA1 auf S. 53). Aufgerechnet auf die im Jahr 2004 durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden wöchentlich ergibt sich ein Jahreslohn von Fr. 57'258.-. Die Beschwerdegegnerin lässt von diesem Invalideneinkommen keinen leidensbedingten Abzug zu unter dem Hinweis, der Beschwerdeführer könne schliesslich noch immer mittelschwere Tätigkeiten ausüben. Der oftmals als "Leidensabzug" bezeichnete Abzug hat nichts mit dem Leiden zu tun. Vielmehr sollen damit jene Nachteile ausgeglichen werden, die der versicherten Person – neben der Arbeitsunfähigkeit – auf dem Arbeitsmarkt eine zusätzliche Lohneinbusse verursachen. In BGE 126 V 75 ff. hat das Bundesgericht festgestellt, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, d.h. dass nicht für jedes Merkmal der entsprechende Abzug zu quantifizieren ist und die einzelnen Abzüge zusammenzuzählen sind. Schliesslich ist der Abzug auf höchstens 25% zu begrenzen. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzugs darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, die seine abweichende Ermessensausübung als nahe liegender erscheinen lassen. Ob dies hier angezeigt ist, kann letztlich offen bleiben. Denn vorliegend könnte einzig ins Gewicht fallen, dass der Beschwerdeführer gegenüber einem gesunden Konkurrenten für einen bestimmten Arbeitsplatz ein höheres Krankheitsrisiko hat. Aus der Sicht eines ökonomisch denkenden Arbeitgebers senkt dieses Risiko, dessen Verwirklichung die Gesamtlohnkosten des Betriebes erhöhen würde, den "Wert" des Beschwerdeführers als Arbeitnehmer. Um dies zu kompensieren und konkurrenzfähig zu bleiben, müsste der Beschwerdeführer mit einem entsprechend tieferen Lohn rechnen. Ein Ausländerabzug ist bei Hilfsarbeitern nicht möglich, weil die grosse Mehrheit derjenigen Hilfsarbeiter, auf deren Einkommen die Lohnstrukturerhebung aufbaut, Ausländer sind. Da sich Hilfsarbeiter in leichten Tätigkeiten vor allem durch Verlässlichkeit und Sorgfalt auszeichnen können und da Hilfsarbeiten zudem definitionsgemäss keine Ausbildung erfordern, besteht keine Veranlassung anzunehmen, der Beschwerdeführer würde zum vornherein weniger verdienen als seine jüngeren Kollegen. Auch ein "Altersabzug" ist deshalb nicht gerechtfertigt. Insgesamt erscheint unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Falles ein Abzug von 5% als angemessen. Damit ergäbe sich bei einer Arbeitsfähigkeit von 80% ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 43'516.- (Fr. 57'258.- x 0.8 x 0.95). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'353.- und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'516.- würde der IV-Grad 32.4%. Der IV-Grad liegt somit unter 40%, weshalb die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht abgewiesen hat.

## **E. 6**

Zu beurteilen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf Arbeitsvermittlung. Da sich der Beschwerdeführer subjektiv als völlig arbeitsunfähig empfindet, ist nicht ersichtlich,

inwiefern er ernsthaftes Interesse an Arbeitsvermittlung durch die IV haben sollte. Im Gespräch mit der zuständigen Eingliederungsberaterin der IV vom 29. März 2006 gab der Beschwerdeführer denn auch an, da er sich 100%-ig arbeitsunfähig fühle, sei es ihm nicht möglich, an beruflichen Massnahmen der IV mitzumachen (IV-act. 42 und 43). Die abweisende Verfügung vom 8. Mai 2006 wurde im Einspracheentscheid vom 16. August 2006 somit zu Recht geschützt.

#### **E. 7**

a) Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 16. August 2006 im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde vom 12. September 2006 abzuweisen. 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 bei der IV hängigen Einsprachen das bisherige Recht (lit. b der Schlussbestimmungen). Somit gelangt Art. 69 Abs. 1bis IVG zur Kostenpflicht von Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen im kantonalen Gerichtsverfahren nicht zur Anwendung. Gerichtskosten sind demnach keine zu erheben. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.