

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/134 vom 18. Juli 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-07-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_134

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/134 du 18 juillet 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/134 del 18 luglio 2008

Regeste

Art. 28 Abs. 1 IVG (Fassung bis 31.12.2007). Anspruch auf Invalidenrente. Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten. Stellenwert von Einschätzungen von behandelnden Fachärzten und Hausärzten, die von einem überzeugenden unabhängigen polydisziplinären Gutachten abweichen. Nur psychiatrische Diagnosen relevant (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Juli 2008, IV 2007/134).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung vom 22. Februar 2007 eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind vorliegend die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

E. 2

Im vorliegenden Verfahren ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu überprüfen. Die Verfügung vom 22. Februar 2007, mit der ein Anspruch auf berufliche Massnahmen abgewiesen wurde, ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

E. 3

3.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden 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 IVG in der bis

31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung 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 (aArt. 28 Abs. 1 IVG).

3.2 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 Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts 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). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht zu Recht geltend, dass bei einander widersprechenden medizinischen Berichten das gesamte Beweismaterial gewürdigt werden muss und die Gründe anzugeben sind, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird.

3.3 Im Folgenden sind die vorhandenen medizinischen Unterlagen zu würdigen.

3.3.1 Dr. med. C. ___ und Dr. med. D. ___ von der Psychiatrischen Klinik Wil diagnostizierten im Austrittsbericht vom 21. Januar 2005 eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion und nannten differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung mit Somatisierungsstörung (chronische Kopfschmerzen). Die albanische Beschwerdeführerin sei 1999 im achten Monat schwanger mit ihren beiden anderen Kindern nach Serbien Montenegro gereist. Sie habe dort während des Kosovokriegs grosse Angst, eine Frühgeburt des dritten Kindes mittels Kaiserschnitt in einem serbischen Krankenhaus und eine anschliessende Flucht nach Mazedonien erleben müssen. Bei Austritt aus der Klinik Wil sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig gewesen (IV-act. 18-18).

3.3.2 Das Institut für Assessment in Zug begutachtete die Beschwerdeführerin am 21. März 2005 im Auftrag der SWICA Gesundheitsorganisation. Die Gutachter PD Dr. med. E. ___ und Dipl.-Psych. G. ___ befassten sich eingehend und sorgfältig mit zahlreichen Vorakten. Anamnestisch hielten sie fest, die Beschwerdeführerin schlafe sehr schlecht. Sie habe häufig Albträume. Die Beziehung zu ihrem Ehemann sei nicht gut. Die Beschwerdeführerin habe müde und im Antrieb vermindert gewirkt. Mimik und Gestik seien deutlich eingeschränkt gewesen. Formale Denkstörungen seien nicht sicher auszuschliessen. Das inhaltliche Denken sei fixiert auf die Kriegserlebnisse im Kosovo und die Angst vor einem neuen Krieg. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin äusserst angespannt, psychomotorisch unruhig, depressiv und ängstlich gewirkt. Im Test zur Erfassung der Schwere der Depression weise der Gesamtwert einen Score von 92 auf, der weit über der Norm von ≤ 57 liege und damit eine schwere depressive Verstimmung anzeige. Im State-Trait-Anxiety-Inventory habe die Beschwerdeführerin in der Erfassung der Zustandsangst einen Wert von 78. Dieser sei im Vergleich zur Norm von 38 deutlich erhöht. Die Erfassung der Angst als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal habe aufgrund der starken motorischen Unruhe und des Erregungszustands der Beschwerdeführerin

abgebrochen werden müssen. Die kognitive Leistungsfähigkeit habe sich in der Testung weit unterdurchschnittlich gezeigt. Die starke Angst vor einem Krieg scheine sie ganz zu beherrschen. Interessen, Hobbies, soziale Kontakte und auch die Libido seien nach und nach völlig verloren gegangen. Sie ziehe sich meist in ein Zimmer zurück und überlasse die Sorge um die Kinder und den Haushalt ganz dem Ehemann. Die Testergebnisse mit hohem Depressions- und Angstwert würden sich mit den Verhaltensbeobachtungen im direkten Kontakt decken. Die Gutachter stellten die Diagnose der schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen. Die Diagnose der Anpassungsstörung als Anpassungsprozess an das belastende Lebensereignis im Kosovo 1999 sehe man in Anbetracht der langen Dauer von inzwischen sechs Jahren seit diesem Ereignis als nicht zutreffend. Eine posttraumatische Belastungsstörung könnte man diskutieren, jedoch sei der Verlauf so atypisch, dass die oben angeführte Diagnose (gemeint ist wohl die schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) zu stellen sei. Um das völlige Abgleiten in eine Psychose zu verhindern und langfristig die Chance auf eine zumindest teilweise Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu ermöglichen, müsse dringend eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden, wobei diese stationär erfolgen sollte. Die momentane Arbeitsunfähigkeit von 100% sei ausgewiesen. Eine zumindest teilweise Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wurde nur durch eine rasche stationäre und später ambulant weitergeführte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als möglich erachtet (IV-act. 10-19 bis 10-28).

3.3.3 Auch die Allgemeinmedizinerin Dr. A.____ nannte im Arztbericht vom 14. Januar 2006 die Diagnose der schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen, schätzte die Arbeitsunfähigkeit ab 1. Mai 2005 jedoch lediglich noch auf 50% (IV-act. 10-1). Der Psychiater Dr. B.____, bei dem die Beschwerdeführerin vom 2. Juni bis 20. Oktober 2005 in Behandlung stand, schätzte im Bericht vom 18. Januar 2005 (richtig: 2006) die Arbeitsunfähigkeit bis 15. November 2005 auf 50% und anschliessend auf 0%. Er erwähnte, bei der einfach strukturierten Beschwerdeführerin bestehe geringe Motivation, einer Beschäftigung nachzugehen resp. der Wunsch, als Hausfrau zuhause bei den Kindern zu sein (IV-act. 11-2). Im Bericht vom 26. Juni 2005 hatte er noch die Diagnose der schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen genannt und differentialdiagnostisch eine schizoaffektive Störung erwähnt. Einen Arbeitsversuch im 50%-Pensum hatte er als möglich bezeichnet, abhängig vom Verlauf der weiteren Behandlung (IV-act. 10-30 f.).

3.3.4 Das ABI begutachtete die Beschwerdeführerin am 10. Juli 2006. Der begutachtende Psychiater Dr. med. H.____ hielt die Angaben der Beschwerdeführerin fest, wonach ihr Ehemann sehr hilfsbereit sei. Etwa ein Jahr zuvor habe sie mit ihm nicht mehr sprechen können, habe keine Gefühle mehr für ihn empfunden. Dies habe sich jetzt gebessert. Allerdings habe sie das Interesse an sexuellen Kontakten verloren. Ein Jahr zuvor habe sie auch schlecht schlafen können, dies gehe jetzt wesentlich besser. Nach ihren Angaben habe sie anfangs 2005 unter schweren depressiven Verstimmungen gelitten. Bei der aktuellen Untersuchung sei sie leicht depressiv gewesen, so die Einschätzung von Dr. H.____. Zur Dolmetscherin habe sie einen guten affektiven Kontakt aufgenommen, habe lebhaft mit unauffälliger Mimik und Gestik über ihre Beeinträchtigungen berichtet. Diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig leichtgradig ausgebildet sei. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne nicht diagnostiziert werden. Die Beschwerdeführerin sei zwar während einiger Tage in ihrer Heimat psychisch belastet gewesen, als ihr Dorf von Serben belagert worden sei. Dies habe bei der Schwangeren einen vorzeitigen Blasensprung

ausgelöst. Sie habe sich aber nie in Gefangenschaft befunden und sei nie körperlich misshandelt worden. Die damaligen Ereignisse hätten sich ihr nicht aufgedrängt, sie leide auch nicht unter entsprechenden Angstträumen. Weder seien die Voraussetzungen noch die Symptome für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vorhanden (IV-act. 18-9).

3.4 Die vorhandenen medizinischen Unterlagen lassen das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung tatsächlich als unwahrscheinlich erscheinen. Zwar ist durchaus nachvollziehbar, dass die Umstände der Geburt des jüngsten Kindes in einem serbischen Spital, die Sorge um ihre Familie und nach der Geburt der beschwerliche Weg nach Mazedonien für die Beschwerdeführerin sehr belastende Erlebnisse waren. Sowohl das ABI als auch das Institut für Assessment begründen aber in nachvollziehbarer Weise, dass diese Ereignisse überwiegend wahrscheinlich keine posttraumatische Belastungsstörung ausgelöst haben. Das Institut für Assessment wies darauf hin, der Verlauf (ausgeprägte behandlungsbedürftige Symptome und Arbeitsausfall erst zwei Jahre nach dem belastenden Ereignis, keine eindeutig auszumachenden Flashbacks, im Gespräch kein vermindertes, sondern aufsuchendes Verhalten kriegsbezogener Themen, psychotische Anzeichen) würde eine posttraumatische Belastungsstörung nicht nahelegen (IV-act. 10-27).

Gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen internationalen Klassifikation psychischer Störungen soll die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nur gestellt werden, wenn die Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine "wahrscheinliche" Diagnose könne auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als sechs Monate betrage, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale seien typisch, und es könne keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., Bern 2005, S. 170).

Vor diesem Hintergrund erscheint die Beurteilung der Gutachter des Instituts für Assessment und des ABI, eine posttraumatische Belastungsstörung liege wohl nicht vor, als überzeugend. Der von Dr. med. I. ___ am 14. Dezember 2004 geäusserte Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung konnte jedenfalls nicht bestätigt werden. Er erwähnte zwar offenbar, die Beschwerdeführerin habe von Flashbacks, Alpträumen, erhöhter Reizbarkeit und körperlichen Missempfindungen berichtet (vgl. die Wiedergabe in IV-act. 10-14). Die Gutachter des Instituts für Assessment konnten hingegen im Gespräch Flashbacks nicht eindeutig ausmachen und berichteten auch im Übrigen von einem für eine posttraumatische Belastungsstörung derart atypischen Verlauf, dass sie diese Diagnose ausschlossen. Im Zeitpunkt der ABI-Begutachtung hatte die Beschwerdeführerin offenbar keine Alpträume mehr. Auch die behandelnden Ärzte erwähnten kaum Anzeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung. Vor diesem Hintergrund ist überwiegend wahrscheinlich, dass bei der Beschwerdeführerin keine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt bzw. vorlag.

3.5 Insgesamt weisen die medizinischen Akten auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch das Institut für Assessment im März 2005 hin. An die Stelle einer schweren ist eine leichte depressive Episode getreten. Die Hausärztin schätzte die Arbeitsunfähigkeit ab 1. Mai 2005 lediglich noch auf 50% (IV-act. 10-1). Der behandelnde Psychiater Dr. B. ___ ging für Juni 2005 bis 15. November 2005 ebenfalls von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% aus und berichtete für diese Zeit von einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen. Ab Mitte November

2005 nannte er jedoch keine psychiatrische Diagnose mehr und hielt die Beschwerdeführerin nicht mehr für in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (IV-act. 10-30; 11-1). Anlässlich der Begutachtung durch das ABI berichtete die Beschwerdeführerin selbst von spürbaren Verbesserungen; so bereitete ihr offenbar der Schlaf keine Probleme mehr. Anders als gegenüber den Gutachtern des Instituts für Assessment berichtete sie auch nicht mehr von Albträumen (IV-act. 10-20; 18-9). Die Beziehung zu ihrem Ehemann hatte sich gemäss ihren Angaben deutlich verbessert, sie beschrieb ihn als sehr hilfsbereit. Ihre Gefühlslage ihm gegenüber habe sich verbessert. Sie sagte aus, regelmässig spazieren zu gehen und fern zu sehen (IV-act. 18-6 f.). Noch im März 2005 hatte sie demgegenüber angegeben, nicht fernsehen zu können, weil ihr die Bilder Angst machen würden. Früher sei sie gern spazieren gegangen, doch heute - im März 2005 - mache ihr nichts mehr Freude (IV-act. 10-21). Während die Gutachter des Instituts für Assessment noch eine deutlich eingeschränkte Mimik und Gestik beobachtet hatten (IV-act. 10-22), berichteten die ABI-Gutachter von einer lebhaften Unterhaltung mit der Dolmetscherin mit ausgeprägter Mimik und Gestik (IV-act. 18-8). Insgesamt präsentierte sich die Beschwerdeführerin bei der ABI-Begutachtung offensichtlich in einem deutlich besseren Zustand als noch ein Jahr und knapp vier Monate zuvor bei der Begutachtung im Institut für Assessment.

3.6 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt in der Beschwerde, es sei Bericht darüber einzuholen, welchen Einfluss die Nichteinnahme der Antidepressiva auf die im Gutachten erwähnten Serumspiegel gehabt habe (act. G 1, S. 4). Insofern im ABI-Gutachten eine Bestätigung der klinischen Feststellungen darin gesehen wird, dass eine Serumspiegelmessung das Unterlassen der angegebenen Medikamenteneinnahme gezeigt habe, ist darauf hinzuweisen, dass diese Annahme offenbar nur mit besonderer Vorsicht getroffen werden kann. Nach Auffassung von John J. Mann kann der Blutspiegel aus individuellen Gründen um einen Faktor 20 variieren (Mann John J., Drug Therapy. The Medical Management of Depression, in: The New England Journal of Medicine, Massachusetts Medical Society, Beitrag vom 27. Oktober 2005, S. 1829). Auf weitere in diese Richtung zielende Erhebungen kann jedoch verzichtet werden, weil selbst die ABI-Gutachter dem Ergebnis der Blutserumkontrolle nicht zentrale Bedeutung beigemessen, sondern dieses lediglich in die Gesamtwürdigung miteinbezogen haben. Eine Würdigung der medizinischen Aktenlage ergibt vorliegend, dass dem Ergebnis der ABI-Begutachtung gefolgt werden kann.

3.7 Im Licht der Aktenlage besteht entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters kein Grund zur Annahme eines ausgeprägten, therapeutisch nicht mehr angehbaren primären Krankheitsgewinns, also einer Entlastung vom Konfliktdruck und einer Bindung von Angst durch Symptombildung (Psyhyrembel, 260. Aufl., Berlin 2004, S. 984). Der ABI-Gutachter Dr. H.____ hielt explizit fest, es lägen keine Hinweise auf unbewusste Konflikte vor, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden (IV-act. 18-9). Auch die übrigen medizinischen Akten lassen nicht auf einen ausgeprägten primären Krankheitsgewinn schliessen. Mangels gegenteiliger ausgeprägter Befunde kann die zumutbare Willensanstrengung der Beschwerdeführerin zur Überwindung der Beschwerden nicht verneint werden. Selbst wenn von einem primären Krankheitsgewinn auszugehen wäre, liesse dies allein noch nicht auf eine rentenrelevante Invalidität schliessen.

E. 3.8.1

Am 1. Juni 2007, also mehrere Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung, wandten sich die Psychiatrie-Dienste Süd an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin und gaben an, diese sei seit Ende Januar 2007 bei ihnen in Behandlung. Zum Eintrittsgespräch habe sie

eine mittelgradige depressive Episode präsentiert. Im Weiteren liege eine posttraumatische Belastungsstörung nach Kriegserlebnissen vor. Seit Behandlungsbeginn am 31. Januar 2007 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0% (act. G 14.1).

E. 3.8.2

Im mehrfach bestätigten Entscheid I 783/05 vom 18. April 2006 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.). Zu beachten sei auch die Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag. Das Bundesgericht will u.a. der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt (Behandlung versus Begutachtung) gilt das auch für Spezialärzte. Namentlich in umstrittenen Fällen kann nicht ohne weiteres auf die Angaben eines behandelnden Spezialarztes abgestellt werden (I 814/03 vom 5. April 2004, Erw. 2.4.2). Aus diesen Gründen schliesst das Bundesgericht, es könne 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 Begutachtung unerkannt geblieben seien und sich eigneten, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. auch etwa I 663/05 vom 27. November 2006, Erw. 2.2.2; U 58/06 vom 2. August 2006, Erw. 2.2 in fine). – Solche Überlegungen sind bei Kontroversen zwischen Gutachter und behandelndem Arzt oder Spezialarzt geeignet, beim richterlichen Entscheid über die Überzeugungskraft eines Gutachtens den Ausschlag zu geben. Dass deswegen im Sinn einer starren Beweisregel die Infragestellung einer angezweifelten Expertise ausgeschlossen und die freie Beweiswürdigung eingeschränkt wäre, ist daraus nicht zu schliessen (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2007/53 vom 18. März 2008, Erw. 2.4.3). Es ist gerichtsnotorisch, dass im heutigen Begutachtungswesen kein generelles fachliches Kompetenzgefälle zwischen Gutachtern und behandelnden Ärzten vorhanden ist. Daher sind Gutachten nicht per se beweisend, gleichgültig, ob sie angefochten sind oder nicht. Selbst wenn ein behandelnder Arzt keine neuen, objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorbringt, kann seine abweichende Beurteilung beim Richter derartige Zweifel an der Schlüssigkeit eines Gutachtens aufkommen lassen, dass er darauf nicht abstellen darf (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2006/162 vom 11. Oktober 2007, Erw. 3f). Dies ist vorliegend in Bezug auf den Bericht der Psychiatrie-Dienste Süd vom 1. Juni 2007 nicht der Fall. Die Einschätzung ist kurz und nur unzureichend begründet. Eine Auseinandersetzung mit Vorakten und abweichenden Meinungen findet nicht statt. Nicht erläutert wird zudem, weshalb eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegen sollte; dies wurde wie erwähnt vom Institut für Assessment und vom ABI nachvollziehbar als unwahrscheinlich bezeichnet. Insgesamt kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die behandelnden Ärzte der Psychiatrie-Dienste Süd ihr Urteil stark unter dem Eindruck ihrer therapeutischen Bemühungen abgaben. Ihre vom

ABI-Gutachten abweichende Einschätzung vermag an der Schlüssigkeit des Gutachtens keine derartigen Zweifel auszulösen, dass nicht darauf abgestellt werden könnte.

E. 4

4.1 Insgesamt erscheint es zwar als gegeben, dass die Beschwerdeführerin eine schwere depressive Episode durchmachte. Die Feststellungen des ABI sowie von Dr. B. ___ lassen jedoch darauf schliessen, dass eine solche nicht länger anhielt und sich im hier massgebenden Zeitraum deutlich gebessert hat. 4.2 Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin erscheint es nicht als zielführend, das ABI oder ein anderes Begutachtungsteam zu beauftragen, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob und gegebenenfalls mit welcher Wahrscheinlichkeit und in welchen Abständen eine Verschlimmerung der Depression zu erwarten ist. Ein Psychiater wird derartige hypothetische zukünftige Verläufe nicht zuverlässig abschätzen können. Selbst wenn dies jedoch gelänge, entstünde keine taugliche Grundlage für eine Rentenzusprache. Sollte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dauerhaft und wesentlich verschlechtern, so steht es ihr selbstverständlich frei, sich erneut bei der IV-Stelle anzumelden. 4.3 Der Hinweis des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der Replik, seine Klientin befinde sich nach ihrer Auffassung wieder in einer schweren depressiven Phase, macht keine neue Begutachtung notwendig. Bereits das ABI führte aus, dass sich die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig fühle, wobei sie als Grund ihre Kopfschmerzen und ihre verminderte Belastbarkeit nenne. Die subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung genüge aber nicht, um daraus aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in einem über 20% liegenden Ausmass ableiten zu können (IV-act. 18-9). Dr. B. ___ erwähnte, die Beschwerdeführerin sei einfach strukturiert und habe geringe Motivation, einer Beschäftigung nachzugehen resp. den Wunsch, zuhause bei den Kindern zu sein (IV-act. 11-2). Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, die sich seit Jahren als vollständig arbeitsunfähig betrachtet, ist nicht massgebend, sodass deswegen keine neue Begutachtung in Auftrag zu geben ist.

E. 5

5.1 Gemäss den obenstehenden Erwägungen ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 20% erreicht die Beschwerdeführerin keine rentenbegründende Invalidität von mindestens 40%.

E. 5.2.1

Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung am 18. Mai 2007 bzw. 16. August 2007 (act. G 9; G 18) bewilligt. Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin es gestatten, kann sie jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).

E. 5.2.2

Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

E. 5.2.3

Der Staat ist zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin aufzukommen, soweit diese nicht anderweitig gedeckt sind. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat am 16. Juli 2007 eine Kostennote eingereicht, in der er ein Honorar von Fr. 2'700.- geltend macht und davon die Zahlung der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin von Fr. 1'550.- in Abzug bringt (act. G 15.1). Im Rahmen der unentgeltlichen Prozessführung ist das Resthonorar von Fr. 1'150.- um 20% zu reduzieren (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes/SG), was ein reduziertes Honorar von Fr. 920.- ergibt. Zuzüglich den geltend gemachten Barauslagen von Fr. 81.50 und 7.6% Mehrwertsteuer (Fr. 76.10) ergibt sich eine Entschädigung von insgesamt Fr. 1'077.60. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.- befreit. 3. Der Staat hat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 1'077.60 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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