

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/282 vom 23. März 2010**

Sg Versicherungsgericht, 2010-03-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2008\\_282](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_282)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/282 du 23 mars 2010

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/282 del 23 marzo 2010

## **Regeste**

Art. 6 und 16 ATSG. Art. 28 Abs. 1 IVG. Würdigung eines medizinischen Gutachtens im Zusammenhang mit der Abklärung des Anspruchs auf eine Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2010, IV 2008/282).

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Streitig ist vorliegend, ob beim Beschwerdeführer gestützt auf die Neuanmeldung vom 16. Oktober 2006, auf welche die Beschwerdegegnerin eintrat und das Gesuch materiell prüfte, eine rentenbegründende Invalidität vorliegt (Art. 6 bis 8 und 16 ATSG in Verbindung mit Art. 4 und 28 IVG).

### **E. 1.2**

Der Psychiater Dr. B. \_\_\_ berichtete zuhanden der Zürich Versicherungsgesellschaft am 15. September 2006, der Befund sei vereinbar mit dem Vorliegen einer mittelgradigen Depression mit somatischem Syndrom, die mittlerweile chronifiziert sei. Dem Beschwerdeführer seien keinerlei Arbeiten mehr zuzumuten. Alles andere als eine hundertprozentige Berentung sei zum jetzigen Zeitpunkt eine weltferne Einschätzung. Es sei nicht anzunehmen, dass der Beschwerdeführer jemals wieder einer beruflichen Tätigkeit werde nachgehen können (IV-act. 25). Dr. med. E. \_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, bescheinigte am 28. Februar 2007 eine volle Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf seit 9. Dezember 2005. Eine andere zumutbare Arbeit komme nicht in Frage (IV-act. 45-4/28). Die ABI-Gutachter diagnostizierten im Bericht vom 7. November 2007 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hyperextensive und koronare Herzkrankheit, eine chronische Periarthropathia humeroscapularis tendinotica links, einen klinischen Verdacht auf Thoracic-outlet-Syndrom beidseits linksbetont, ein intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom und eine Periarthropathia Genu rechts. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie ein metabolisches Syndrom, eine Symptomausweitung, einen Verdacht auf Schlaf-apnoesyndrom und einen Verdacht auf Spannungskopfschmerzen fest. Als multidisziplinärer Konsens des Internisten Dr. med. F. \_\_\_, des Psychiaters Dr. med. A. \_\_\_, des Rheumatologen Dr. med. D. \_\_\_ und des Kardiologen Dr. med. C. \_\_\_ wurde unter anderem festgehalten, in der aktuellen Untersuchung ergebe sich eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Aus somatischer Sicht könne dem Exploranden seine angestammte Tätigkeit zu 80 % unter Berücksichtigung einer 20 %igen Leistungseinbusse zugemutet werden, sofern die Abduktion sowie die Elevationsbewegungen über 90° des linken Armes vermieden werden könnten. Ebenso

solle das repetitive Heben, Tragen, Ziehen und Stossen von Lasten mit dem linken Arm über 10 kg vermieden werden können. Es sei dem Beschwerdeführer die Möglichkeit zu bieten, die Arbeitsposition regelmässig selbständig zu wechseln. Es sei davon auszugehen, dass die um 20 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit seit Oktober 2005 bestehe. Weder aus kardiologischer noch aus psychiatrischer Sicht bestehe eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Maler. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung der erwähnten Bedingungen bestehe eine voll zumutbare Arbeitsfähigkeit sowohl aus somatischer wie aus psychiatrischer Sicht. Der Beschwerdeführer fühle sich nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Als Hauptgrund erwähne er seine Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Es scheine aus psychiatrischer Sicht, dass diese Symptome eher den körperlichen Krankheiten zugeordnet seien. Zum Bericht der Klinik Valens vom 4. Januar 2006 hielten die Gutachter fest, aufgrund der Befunde und der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers bestehe eine eindeutige Reduktion der Schmerzsymptomatik am Schultergürtel links; insbesondere sei das Ausmass der früher eindeutig vorliegenden Tendinitis der langen Bizepssehne links eindeutig regredient. Zudem sei er Rechtshänder, d.h. auch bei der Arbeit als Maler/Gipser würden die wesentlichen anfallenden Tätigkeiten mit dem rechten Arm absolviert. Übereinstimmend mit den Kollegen der Klinik Valens bestehe für leichte, körperlich adaptierte berufliche Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Zum Gutachten von Dr. B. \_\_\_ vom 15. September 2006 führten die ABI-Gutachter aus, dieser beschreibe einen relativ unauffälligen Psychostatus, der zu den aktuell (im ABI) erhobenen Befunden passe. Es bestehe eine beträchtliche Diskrepanz zwischen Diagnose und nachgewiesenen Befunden. Es werde im Bericht von Dr. B. \_\_\_ auch nicht zwischen psychogenen und somatischen Faktoren unterschieden. Beim Exploranden seien ihres (der ABI-Gutachter) Erachtens nur geringe Symptome einer Verstimmung vorhanden. Die meisten von ihm angegebenen Beschwerden wie Müdigkeit und Kraftlosigkeit, Kopfweh, Schwindel könnten nicht einer depressiven Störung zugeordnet werden. Da aus kardialer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Maler bestehe, könne die Einschätzung des Hausarztes einer vollen Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden. Selbst bei Diagnosestellung eines Schlafapnoesyndroms sei dieses behandelbar, so dass dadurch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Berufliche Massnahmen seien nicht indiziert, da es dem Beschwerdeführer zumutbar sei, in der angestammten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (IV-act. 44). Dr. med. G. \_\_\_, Innere Medizin FMH, spez. Endokrinologie/Diabetologie, berichtete am 10. März 2008 über den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (IV-act. 57). Dr. B. \_\_\_ hielt im Bericht vom 2. Mai 2008 fest, der Befund des am ABI tätigen Dr. A. \_\_\_ sei für ihn nur bedingt nachvollziehbar. Der von ihm in der Untersuchung vom 15. September 2006 beschriebene Psychostatus sei sehr wohl mit einer mittelgradigen depressiven Episode in Einklang zu bringen. Dr. A. \_\_\_ habe den Patienten über ein Jahr später gesehen. Es könne durchaus sein, dass sich bis dahin der psychopathologische Befund unter antidepressiver Therapie rückläufig entwickelt habe. Nur so könne er sich die Diskrepanz in den beiden Befunden erklären. Sehr wohl habe er auf die Möglichkeit hingewiesen, dass organische Gründe für die Depression vorliegen könnten. Damit sei der Vorwurf von Dr. A. \_\_\_, dass er (Dr. B. \_\_\_) nicht zwischen psychogenen und somatischen Faktoren unterschieden habe, nicht zutreffend. Vorstellbar sei, nach den Darlegungen von Dr. A. \_\_\_ zu schliessen, dass nunmehr eine Teilarbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vorliegen könne. Für eine genaue Einschätzung empfehle er aber eine nochmalige psychiatrische Untersuchung. Er,

Dr. B.\_\_\_\_, könnte den Beschwerdeführer nochmals sehen und den Befund evaluieren (IV-act. 60). In der Stellungnahme vom 30. April 2008 zu den Vorbringen im Einwand vom 31. März 2008 legten die ABI-Gutachter unter anderem dar, es werde im Einwand ausführlich darüber argumentiert, wie lange die Untersuchung bei Dr. A.\_\_\_\_ gedauert habe und offensichtlich von einem etwa stündigen Gespräch ausgegangen. Dem gebe es nicht viel hinzuzufügen. Inhaltlich sei das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ klar. Es habe sich auch zur Voreinschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ geäußert. Auch die rheumatologische und kardiologische Untersuchung sei retrospektiv klar. Im Einwand seien keine inhaltlichen Gründe genannt worden, die irgendeinen Zweifel an den Schlussfolgerungen im ABI-Gutachten wecken könnten (IV-act. 61).

### **E. 2.1**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis; RKUV 2000, 214). Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 175 Erw. 4; Urteil P. vom 13. Juni 2001 [I 506/00]) kann 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 nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des EVG vom 13. März 2006 i/S G. [I 676/05] Erw. 2.4). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997, 281 Erw. 1a).

### **E. 2.2**

Die Ärzte der Klinik Valens hatten am 4. Januar 2006 für eine leichte wechselbelastende Arbeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bescheinigt. Sie gingen zwar unter anderem von einer leichten bis mittelschweren Depression aus, beschränkten ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung jedoch auf die medizinisch-rheumatologische Sicht und wiesen überdies darauf hin, dass die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers im Test nicht konsistent gewesen sei, so dass zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretische Überlegungen hätten herangezogen werden müssen (IV-act.

16-12/39). Auf der Grundlage dieses Berichts erging die später in Rechtskraft erwachsene Verfügung vom 11. April 2006 (IV-act. 21). In Frage stehen im vorliegenden Verfahren demgemäss Rentenansprüche für die Zeit nach dieser Verfügung, d.h. ab 1. Mai 2006. Als Gesunder wäre der Beschwerdeführer nach Lage der Akten vollzeitlich erwerbstätig, weshalb sich die Invalidität durch Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) bemisst. Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens (Art. 16 ATSG) ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Es liegen sich widersprechende Einschätzungen vor. Im provisorischen Austrittsbericht der Klinik Gais vom 19. Mai 2006 wurde - wie zuvor in der Klinik Valens - die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom erhoben und im Weiteren eine somatoforme autonome Funktionsstörung des respiratorischen Systems und Panikattacken, eine koronare Herzkrankheit und ein Diabetes mellitus bestätigt. Laut Bericht bestand beim Beschwerdeführer bis 5. Juni 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Danach sei ambulant eine neue Beurteilung vorzunehmen. Aus psychiatrischer Sicht könne mit einer Behandlung mittel- bis langfristig eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % erreicht werden. Aufgrund der Komplexität der gesundheitlichen Situation des Patienten werde eine arbeitsmedizinische und multidisziplinäre Abklärung empfohlen (IV-act. 45-16/28). Der Psychiater Dr. B. \_\_\_ begründete im Bericht vom 15. September 2006 die von ihm ebenfalls bestätigte mittelgradige Depression mit somatischem Syndrom und die bescheinigte volle Arbeitsunfähigkeit mit dem Hinweis, differentialdiagnostisch sei davon auszugehen, dass angesichts des langen Krankheitsverlaufs des Diabetes und dessen Folgeerkrankungen die Depression sehr wahrscheinlich organisch bedingt sein dürfte. Die geklagte Sensibilitätsstörung in den Händen sei am ehesten im Rahmen einer somatoformen Störung zu interpretieren. Es könne sich aber auch um eine Folgestörung der Diabetes handeln. Wie es zur Abweisung des früheren IV-Leistungsantrags gekommen sei, sei jetzt nicht mehr nachvollziehbar (IV-act. 25). Die ABI-Gutachter stellten im Gegensatz zu den vorerwähnten Berichten rund ein Jahr nach der Begutachtung durch Dr. B. \_\_\_ keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr, sondern vermerkten lediglich eine Symptomausweitung und verneinten insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe nur ein geringer Befund mit Unruhe und Dysphorie, Schlafstörung und Libidoverlust. Somit sei gegenüber der Selbsteinschätzung eine hohe Diskrepanz vorhanden (IV-act. 44).

### **E. 2.3**

Das ABI-Gutachten steht hinsichtlich des psychischen Gesundheitsstatus und der daraus resultierenden Einschränkungen im Widerspruch zu sämtlichen vorher und nachher erstellten ärztlichen Berichten und Gutachten. Sowohl aus den konkreten medizinischen Akten (vgl. act. G 6.1; IV-60) als auch aus der medizinischen Literatur (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. A., S. 408) ergibt sich, dass (rezidivierende) depressive Störungen in Form von Episoden auftreten und im Zeitverlauf unterschiedlich zu Tage treten können. Insbesondere Dr. B. \_\_\_ schloss im Bericht vom 2. Mai 2008 nicht aus, dass sich der psychopathologische Befund in der Zeit bis zur ABI-Begutachtung aufgrund der durchgeführten Therapien rückläufig entwickelt haben könnte (IV-act. 60). Es lässt sich daher nicht ohne weiteres ausschliessen, dass die ABI-Begutachtung in einem Zeitpunkt erfolgt war, in welchem die Beschwerdesymptome, welche zuvor zur Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung führten, nicht sichtbar in Erscheinung traten. Für diese Sichtweise spricht, dass sich nach der ABI-Begutachtung offenbar erneut psychische Beschwerden einstellten, die Psychiatrie-Dienste am 26. August 2008 wiederum eine

mittelgradige Episode einer depressiven Störung bescheinigten und im Übrigen festhielten, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende, also immer wiederkehrende depressive Störung vorliege und ausserdem von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen sei. Es wurde eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bescheinigt (act. G 6.1). Auch wenn dieser Bericht betreffend eine am 18. Juli 2008 begonnene Behandlung nach Erlass der angefochtenen Verfügung erging, so bleibt angesichts der divergierenden medizinischen Stellungnahmen dennoch die Möglichkeit bestehen, dass bereits vor Beginn dieser Behandlung eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorlag. Eine solche lässt sich angesichts des Episode-Charakters der Krankheit gestützt auf die vorliegenden Akten auch in der Zeit vor der ABI-Begutachtung weder überwiegend wahrscheinlich verneinen noch bejahen. Dem Vorbringen der ABI-Gutachter, Dr. B.\_\_\_\_ habe im Bericht vom 15. September 2006 einen relativ unauffälligen Psychostatus beschrieben, mit welchem sich die Diagnose einer mittelgradigen Depression nicht vereinbaren lasse (IV-act. 44), widersprach dieser Arzt im Bericht vom 2. Mai 2008 (IV-act. 60). Nun wurde zwar der medizinische Befund durch Dr. B.\_\_\_\_ (IV-act. 45-11/28) tatsächlich in nicht sehr umfassender Weise dargelegt. Welcher spezialärztliche Standpunkt zutrifft, lässt sich in diesem Verfahren gestützt auf die bestehenden Akten dennoch nicht abschliessend festlegen. Bei dieser Aktenlage kann im psychiatrischen Bereich nicht ohne weitere Abklärungen auf das ABI-Gutachten, welches sich zur Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2005 und damit zwei Jahre rückwirkend äusserte (IV-act. 44-23/25), abgestellt werden. Weitere diesbezügliche Abklärungen lassen sich nicht umgehen.

#### **E. 2.4**

Im Weiteren stellte der Kardiologe des ABI fest, dass der Beschwerdeführer für eine körperlich nicht belastende Tätigkeit, sitzend mit gelegentlichem Laufen, einsetzbar sei, nicht jedoch für eine körperlich schwere Tätigkeit (IV-act. 44-20/25). Die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Maler/Gipser muss als körperlich belastende, schwere Tätigkeit taxiert werden, wie sich aus dem "Job Match" der Klinik Valens ergibt (IV-act. 16-25f.). Damit lässt sich die erwähnte Feststellung des Kardiologen mit der ABI-Gesamtbeurteilung, wonach aus kardiologischer Sicht keine zusätzliche Einschränkung als Maler bestehe (IV-act. 44-23/25), nicht vereinbaren. Diese Unvereinbarkeit bleibt jedoch ohne Auswirkungen, wenn für die Zumutbarkeit einer beruflichen Tätigkeit aus somatischer Sicht lediglich leichte, körperlich nicht belastende Arbeiten zugrunde gelegt werden. Die Schlussfolgerung des Rheumatologen des ABI, wonach der Einsatz der rechten oberen Extremität nicht eingeschränkt sei, dementsprechend auch repetitive Überkopfbewegungen mit dem rechten Arm zumutbar seien und die Einschränkungen des linken Armes sowie der Wirbelsäule mit einer 20 %igen Leistungseinbusse im angestammten Beruf zu veranschlagen seien (IV-act. 44-16/25), steht mit der Gesamtbeurteilung demgegenüber in Einklang (IV-act. 44-23/25). Zum Einwand des Beschwerdeführers, es sei kein MRI der Wirbelsäule durchgeführt worden, hielten die ABI-Gutachter fest, die Indikation für eine MRI-Untersuchung sei in der rheumatologischen Teilbegutachtung nicht gestellt worden. Eine MRI-Untersuchung sei ohne medizinische Evidenz, schon gar nicht hinsichtlich Arbeitsfähigkeit (UV-act. 56). Konkrete Anhaltspunkte, aufgrund welcher die Einschätzung des Rheumatologen Dr. D.\_\_\_\_ oder die rheumatologische Beurteilung insgesamt in Zweifel zu ziehen wäre, lassen sich auch den Eingaben des Beschwerdeführers nicht entnehmen.

### **E. 3**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in dem Sinn teilweise gutzuheissen, dass die Verfügung vom 16. Mai 2008 aufgehoben und die Sache zur psychiatrischen Abklärung im Sinne eines Obergutachtens bzw. bei einem bislang nicht involvierten Psychiater und zu anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Unter Berücksichtigung des Verfahrensaufwandes wird die der unterliegenden Beschwerdegegnerin zu auferlegende Gerichtsgebühr auf Fr. 600.-- festgesetzt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Er hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese auf pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, dass die Verfügung vom 16. Mai 2008 aufgehoben und die Sache zur psychiatrischen Abklärung und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.

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