

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/473 vom 15. Juni 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-06-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_473

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/473 du 15 juin 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/473 del 15 giugno 2010

Regeste

Art. 8, 7 und 16 ATSG. Psychisches Leiden. Beweiswert von medizinischen Gutachten und Arztberichten. Die abweichenden Arztberichte vermögen die tatsächlichen Feststellungen und Arbeitsfähigkeitsschätzung des interdisziplinären Gutachtens nicht zu erschüttern. Von einer Arbeitsfähigkeit von 80% ausgehend sind die Anforderungen an einer zumindest 40%ige Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit nach dem bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG nicht erfüllt und es erübrigt sich somit die Bemessung des Invaliditätsgrades (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juni 2010, IV 2008/473).

Erwägungen

E. 1

Das vorliegende Beschwerdeverfahren befasst sich mit dem Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und die Bemessung des Invaliditätsgrads. Umstritten ist dabei insbesondere die tatsächliche Feststellung der Beschwerdegegnerin, dass der Beschwerdeführer gestützt auf das ABI-Gutachten vom 27. Februar 2008 in der bisherigen Tätigkeit als Staplerfahrer bzw. beim Hauswartdienst sowie in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig sei. Der Beschwerdeführer hat zwar im Verwaltungsverfahren nur die Invalidenrente beantragt. Ergäbe sich aber, dass die Voraussetzungen für eine Rente erfüllt wären, gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet bzw. zumutbare Eingliederungsmöglichkeiten ausgeschöpft habe.

E. 2

Angefochten ist eine Verfügung, die nach dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision vom 1. Januar 2008 ergangen ist. Die massgebenden Grundlagen der Invaliditätsbemessung haben sich mit der 5. IV-Revision nicht geändert. Diesbezüglich erübrigt sich die Frage nach dem anwendbaren Recht. Der Beginn des Rentenanspruches hingegen ist anders geregelt worden. Ein Antragsteller richtet vertrauensgemäss sein Verhalten bzw. nimmt eine Rechtshandlung vor nach dem zu jener Zeit geltenden Recht. Vorliegend erfolgte die IV-Anmeldung am 23. Januar 2007 und der Beschwerdeführer brachte eine Arbeitsunfähigkeit ab 5. Januar 2006 vor (IV-act. 6/1-7). Deshalb ist - im Sinne des Gleichbehandlungsgebots und des Handelns nach Treu und Glauben - in Bezug auf den allfälligen Rentenbeginn die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesene Bestimmung anzuwenden. Gemäss dem früheren Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG entstand der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen

war. Die Rente könnte zudem für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate nachbezahlt werden (Art. 48 Abs. 2 aIVG). Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens ist somit ein allfälliger Anspruch auf Invalidenrente ab Januar 2007.

E. 3

Unter Invalidität wird bei Personen, welche ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung voll erwerbstätig wären, die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 Abs. 1 ATSG). Für die Invaliditätsbemessung, welche das Mass der Zurücksetzung der erwerblichen Leistungsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung ergeben soll, sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34; Rz 3047 f. des vom Bundesamt für Sozialversicherung erlassenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH). Die IV-Stelle hat zu prüfen, wie sich die invaliditätsbedingten Faktoren auf die Vermittlungsfähigkeit und die Erwerbsmöglichkeiten auswirken (Rz 3049 KSIH). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 KSIH). Es stellt sich vorliegend primär die Frage, ob gestützt auf das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 11. Februar 2008 die Beschwerdegegnerin eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit von 80% im massgeblichen Zeitraum als gegeben annehmen durfte. Dabei ist zu überprüfen, ob die medizinischen Feststellungen und die daraus resultierenden ärztlichen Stellungnahmen zur Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit richtig sind.

E. 4

Zu prüfen ist zunächst, ob das polydisziplinäre ABI-Gutachten die formellen rechtsprechungsgemässen Anforderungen an die Beweistauglichkeit erfüllt. 4.1 Die IV-Stellen können medizinische Abklärungsstellen beziehen (Art. 59 Abs. 3 IVG). Das Bundesamt für Sozialversicherung trifft mit Spitälern oder anderen geeigneten Stellen Vereinbarungen über die Einrichtung von medizinischen Abklärungsstellen, welche die zur Beurteilung von Leistungsansprüchen erforderlichen ärztlichen Untersuchungen vornehmen (Art. 72 bis IVV). Auch mit dem ABI in Basel hat das Bundesamt für Sozialversicherung eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen. Es handelt sich beim ABI also um eine anerkannte MEDAS. Unter Hinweis auf frühere medial verbreitete Manipulationsvorwürfe und aufgrund der schlechten persönlichen Erfahrungen stellt der Rechtvertreter des Beschwerdeführers die Objektivität jedes ABI-Gutachtens in Frage (IV-act. 38; act. G 14). Eine pauschale Skepsis über eine MEDAS vermag allerdings den Beweiswert eines Gutachtens nicht zu entkräften. Vielmehr ist einzelweise zu prüfen, ob das fragliche Gutachten die Anforderungen an die Beweistauglichkeit erfüllt (vgl. die Urteile des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2007/11 vom 4. Juli 2007 E. 2b; IV 2007/373 vom 20. Dezember 2007 E. 2.3; IV 2007/341 vom 29. Dezember 2008 E. 2.3.; IV

2006/295 vom 8. Mai 2008 E. 3.1). 4.2 Für den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens ist ausschlaggebend, ob es 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 E. 3a; BGE 122 V 160 E. 1c). 4.3 Das ABI-Gutachten vom 11. Februar 2008 stellt eine Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht dar, die nach der Aufnahme der Anamnese, nach eigenen Untersuchungen und sowie unter der Berücksichtigung der Vorakten und der Angaben des Beschwerdeführers erfolgt ist. Zwar ist dabei nicht zu jeder einzelnen abweichenden ärztlichen Meinung ausdrücklich Stellung genommen worden, aber dies wird von der Rechtsprechung auch nicht gefordert (Urteil des Bundesgerichtes 8C_669/2008 vom 25. Februar 2009, E. 3). Jedenfalls ist zu bestimmten Aspekten gezeigt worden, wo das Gutachten und die anderen ärztlichen Einschätzungen in Einklang stehen. Die Begutachtung beruht auf den Erkenntnissen allgemeinmedizinischer, psychiatrischer und neurologischer Fachrichtungen sowie auf einer multidisziplinären Konsensdiskussion. Sie ist umfassend, beantwortet die rechtlich relevanten Fragen und legt nachvollziehbar die Gedankengänge dar, aufgrund derer sie zu ihren Schlussfolgerungen kommt. Die oben erwähnten differenzierten Anforderungskriterien der Begutachtung sind somit erfüllt. Es handelt sich dabei allerdings nur um formelle Qualitätskriterien. Damit wird noch nichts über die inhaltliche Richtigkeit des Gutachtens gesagt, was im Folgenden zu prüfen ist.

E. 5

Hinsichtlich des Vorgehens bei der psychiatrischen ABI-Untersuchung lässt der Beschwerdeführer die angeblich kurze Dauer der Exploration rügen. Zudem bemängelt er, dass für die psychiatrische Begutachtung nicht mehrere Gespräche in Anwesenheit von zwei Psychiatern geführt, dass keine Testverfahren und auch keine Befragungen im Umfeld des Beschwerdeführers durchgeführt worden seien (IV-act. 51 und act. G 4). 5.1 Angaben zur Dauer der psychiatrischen Untersuchung fehlen zwar im ABI-Gutachten. Angesichts der darin enthaltenen detaillierten Feststellungen erscheint es als wenig glaubwürdig, dass die Exploration nicht mehr als 15 Minuten gedauert haben soll. Jedenfalls kann es für den Aussagegehalt des Gutachtens nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich ist vielmehr, ob das Gutachten inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Ulrich Meyer-Blaser, Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, 1997, S. 23 f.; Urteil 9C_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2 mit Hinweisen). Es bestehen vorliegend schliesslich – auch im Gesamtkontext des medizinischen Dossiers – keinerlei Hinweise auf materielle Mängel des Berichts (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_531/2007 vom 3. Juni 2008 E. 2.2.4). 5.2 Der Einbezug eines zweiten Psychiaters mit beobachtender Funktion mag in konkreten Fällen sinnvoll sein. Dabei kann es sich aber nicht um eine allgemeine Beweisanforderung handeln. Die durchgeführte multidisziplinäre Konsensdiskussion und die Berücksichtigung der einschlägigen Vorakten genügen im vorliegend zu beurteilenden Fall zur Abklärung der Psychopathologie. Es ist auch nicht einzusehen, weshalb in jedem Fall Tests durchgeführt werden müssten. Denn bei der psychiatrischen Exploration kommt dem schematischen, testmässigen Erfassen der Psychopathologie nach bestimmten Skalen, die auf den Angaben und Einschätzungen der versicherten Person selbst beruhen, höchstens ergänzende Funktion

zu; entscheidend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomenerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichtes 9C_531/2007 vom 3. Juni 2008 E. 2.2.4). 5.3 Die fragliche psychiatrische Untersuchung beschränkte sich nicht auf die klinischen Erhebungen. Sie berücksichtigte das psychosoziale Umfeld. Fremdanamnestiche Abklärungen sind bei der psychiatrischen Begutachtung nicht unerlässlich. Eine Fremdanamnese kann zwar eine zentrale Erfahrung für den Arzt darstellen, aber der medizinische Sachverständige muss sich von entsprechenden Erhebungen einen wesentlichen Erfahrungsgewinn versprechen können (Urteil des Bundesgerichtes I 58/06 vom 13. Juni 2006 E. 2.3). Vorliegend verfügte der psychiatrische Gutachter über umfangreiche medizinische Vorakten und der Beschwerdeführer lieferte genügend Auskünfte, so dass von einer Fremdanamnese abgesehen werden konnte.

E. 6

Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden, wenn er das Vorliegen einer umfassenden neurologischen Untersuchung in Zweifel zieht (IV-act. 51). Dr. med. D. ____, Neurologie FMH, hat in seinem ABI-Teilgutachten berichtet, für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab 2006 habe man bildgebend keine degenerativen Veränderungen feststellen können. Dabei hat er sich auf einen Bericht der Abteilung für Radiologie der Klinik Stephanshorn über die cervico-vertebrale Kernspintomographie und die Funktionsaufnahme der HWS vom 19. Oktober 2006 gestützt (vgl. IV-act. 6/17). Die Beschwerdeschilderung sei somit aus somatischer Sicht nicht schlüssig erklärbar. Der Beschwerdeführer mache wechselnde Angaben über Sensibilitätsverminderungen an verschiedenen Stellen des Körpers, welche weder ein segmentales Verteilungsmuster zeigten noch auf eine zentrale Ursache zurückgeführt werden könnten. Der Neurologe hat keine somatisch-neurologische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-act. 43/11-13). Auf Veranlassung des Hausarztes hatte vom 17. Mai bis 22. Mai 2006 im Kantonsspital St. Gallen eine stationäre, neurologische Abklärung bezüglich Wesensveränderungen beim Beschwerdeführer stattgefunden. Gemäss Austrittsbericht vom 29. Mai 2006 hatten die Spezialisten aber keine neurologische Ursache für die Beschwerden eruieren können (IV-act. 6/9-12). Anlässlich eines Aufenthalts zur stationären Rehabilitation in der Klinik Gais vom 26. Oktober bis 17. November 2006 war ein neurologisch unauffälliger Status festgestellt worden (IV-act. 6/19-21). Die verschiedenen Arztberichte stimmen also mit der Auffassung des neurologischen ABI-Teilgutachtens überein.

E. 7

7.1 Die Gerichte beauftragen Gutachter als sachverständige Hilfspersonen, damit diese ihnen das benötigte Fachwissen zur Feststellung des erheblichen Sachverhalts liefern. Aufgabe des medizinischen Gutachters ist es zu beschreiben, inwiefern die körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt sind, und ein Fähigkeitsprofil zu erstellen, das die verbliebene Leistungsfähigkeit in der bisherigen bzw. in anderen Tätigkeiten und die Eingliederungsaussichten einschätzt. Die ärztliche Auskunft bildet die Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person zuzumuten sind (R. Rüedi, Das Medizinische Gutachten – Erwartungen des Sozialversicherungsrichters an den Arzt, in: Medizinische Gutachten, Gabriela Riemer-Kafka (Hrsg.), Zürich 2005, S. 77 f.; vgl. BGE 125 V 261 E. 4). 7.2 Das polydisziplinäre ABI-Gutachten führt als einzige Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) an. Zudem haben die

Gutachter eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), chronische Kopf- und Nackenschmerzen, Schlafstörungen und Schwindelbeschwerden, sehr wahrscheinlich funktionell bedingt (ICD-10 R51), einen Status nach HWS-Distorsionstrauma am 19. Dezember 2000 (ICD-10 S13.4), ein metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9), einen Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) und eine Medikamenten-Malcompliance (ICD-10 Z91.1) diagnostiziert. Dass die letzteren Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (IV-act. 43), ist nach der Auffassung des Rechtvertreters des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar und sei von den Gutachtern nicht begründet worden (IV-act. 51; act. G. 4). Dem ist entgegenzuhalten, dass eine Diagnose zwar notwendig ist, um einen Gesundheitsschaden zu erfassen; sie besagt aber als solche nichts über die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Das Ausmass der zumutbaren Leistung korreliert vielmehr mit den fachärztlich erhobenen Befunden, also den konkreten Beeinträchtigungen der organischen und psychiatrischen Integrität und mit den entsprechenden Konsequenzen für die qualitative und quantitative arbeitsbezogene Funktionalität (Urteil des Bundesgerichtes I 705/06 vom 16. August 2007 E. 3.3.2.). 7.3 Vorliegend sind die vorgebrachten Beschwerden mit somatischen Befunden nicht erklärbar (IV-act. 43/11-13). Was der Neurologe nicht sichtbar machen könne, sei trotz langjähriger Therapie und Anamnese nicht da, meint der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im Sinne einer Kritik des wissenschaftlichen Positivismus (IV-act. 51). Auch wenn sich der Hausarzt kritisch dazu äussert, räumt er in seiner Stellungnahme vom 5. Mai 2008 ein, dass nur ein Schmerz, dessen Ursache durch Bildgebung oder Labormessparameter nachweisbar ist, eine Arbeitsunfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht begründe (IV-act. 52). In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer Invalidität allein nicht; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten liesse (BGE 130 V 353 E. 2.2.2). Vorausgesetzt sind objektivierbare Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person der Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind (Urteil des Bundesgerichtes 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2.). Deshalb ist nicht zu beanstanden, dass die vorliegende Begutachtung versicherungs-medizinischen Kriterien folgt und mangels krankheitswertiger Befunde bei mehreren Diagnosen die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint. 7.4 Unter den Befunden sind immerhin auch psychische Beeinträchtigungen erwähnt. Es herrscht ein fachmedizinischer Konsens darüber, dass sich die Diskussion bei nicht nachweisbaren Schädigungen im Hinblick auf die ärztlichen Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit auf die Frage verlagert, inwiefern die psychische Störung – bei zumutbarer Willensanstrengung – als überwindbar betrachtet wird. Wichtiger als die Diagnose ist daher die sozial-praktische Auswirkung einer Erkrankung, also die gutachterliche Stellungnahme zur Zumutbarkeit einer Arbeitsleistung trotz empfundener Schmerzen (BGE 130 V 402 E. 6.2.3; vgl. BGE 131 V 50 E. 1.2 und BGE 130 V 353 E. 2.2.1).

E. 8

Damit kann die Einschätzung der zumutbaren Arbeitsleistung nur ausgehend vom psychischen Leiden des Beschwerdeführers erfolgen. Dabei sind die vorgebrachten Schmerzen als solche ohne organisches Substrat einzubeziehen. Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erfasst wird mit

dem Begriff Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die medizinische Untersuchung und Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 3 Abs. 1 ATSG). Zu prüfen ist deshalb im Folgenden, ob im zu beurteilenden Fall ein psychisches Leiden mit invalidisierender Wirkung vorliegt.

8.1 Dr. med. E.____, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, ist in seinem ABI-Teilgutachten von einer psychischen Überlagerung ausgegangen, weil sich das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung mit somatischen Befunden nicht begründen liessen (IV-act. 43/8-10). Auch wenn gemäss den Angaben des Beschwerdeführers mehrere Symptome wie Interessenverlust, verminderte Konzentration, ausgeprägte Müdigkeit, Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit, Schlafstörungen, Libidoverlust vorhanden sind, hat der psychiatrische Gutachter die Diagnose einer leichten depressiven Episode gestellt (vgl. ICD-10 F32.0). Letzteres entspricht den im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 definierten Kriterien, wonach der Grad der depressiven Episode nicht nur nach der Anzahl, sondern nach der Schwere der Symptome einzuschätzen ist. Der psychiatrische Gutachter schliesst die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus, weil der Beschwerdeführer bis 2006 nicht unter lang anhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren gelitten habe (vgl. ICD-10 F45.4). Es handle sich eher um eine Schmerzverarbeitungsstörung (vgl. ICD-10 F54). Über diese medizinischen Tatsachenfeststellungen darf sich das Gericht in seiner freien Beweiswürdigung nicht hinwegsetzen (BGE 130 V 356 E. 2.2.5), es sei denn, andere ärztliche Berichte liefern hinreichende Beweisgrundlagen, um davon abzuweichen.

8.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität bewirken. Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert ist somit aus rechtlicher Sicht wohl Voraussetzung, aber nicht hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Vielmehr besteht eine Vermutung dafür, dass das psychische Leiden oder seine Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien. Damit eine psychische Störung als invalidisierend gilt, muss sie eine derartige Schwere aufweisen, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung - und unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind - sozial-praktisch nicht mehr zumutbar ist oder dies für die Gesellschaft gar untragbar ist. Die Annahme einer solchen Unzumutbarkeit setzt jedenfalls das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz in BGE 130 V 352 erwähnter Kriterien voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2; BGE 130 V 353ff E. 2.2.1, 2.2.2. und 2.2.3).

8.3 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht geltend, die Voraussetzungen der Komorbidität seien vorliegend erfüllt (act. G 14). Es wäre dann im Sinne von BGE 130 V 352 zu prüfen, ob der vom Rechtsvertreter vorgebrachte Umstand oder andere erhebliche Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung im Hinblick auf die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit behindern. Nach dem ABI-Gutachten zeigt der Beschwerdeführer jedoch eindeutig ein aggravatorisches und demonstratives Verhalten (IV-act. 43), was gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung gegen den invalidisierenden Charakter des psychischen Leidens spricht. Die Frage ist deshalb nicht so sehr, ob entsprechend den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und nach der bislang erfolglosen therapeutischen Behandlung von nicht überwindbaren Umständen

auszugehen ist, als vielmehr, ob triftige Anhaltspunkte für die Annahme einer Aggravation vorliegen. 8.3.1 Eine Aggravation besteht aus medizinischer Sicht in der bewussten Übertreibung oder Verstärkung von tatsächlich bestehenden Krankheitssymptomen, während bei bewusster Vortäuschung nicht vorhandener Krankheitssymptome von Simulation die Rede ist (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Berlin/New York 2007; H. Häcker und K. Stapf, Psychologisches Wörterbuch, Bern 2004). Aus versicherungsrechtlicher Sicht besteht keine versicherte Gesundheitsschädigung, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Eine solche Ausgangslage liegt vor, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen werden, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen ungläubwürdig wirken, oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 51 E. 1.2).

8.3.2 Dr. med. F.____ hat bei der internistischen ABI-Untersuchung ein ausgeprägtes demonstratives Verhalten festgestellt. Der Beschwerdeführer habe einen taumelnden Gang gezeigt. Mehrmals habe es geschienen, als ob er stürzen würde, was er jedoch jedesmal mit geschickten Ausfallschritten habe verhindern können (IV-act. 43/6-7). Dr. med. D.____, Neurologie FMH, hat in seinem ABI-Teilgutachten berichtet, dass die klinische Untersuchung durch eine stark eingeschränkte Kooperationsfähigkeit gekennzeichnet gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe sich deutlich demonstrativ verhalten, indem er starke Einschränkungen von sensiblen und motorischen Funktionen gezeigt habe, die man durch die objektivierbaren Befunde nicht weiter habe erhärten können und deren Lokalisation sich geändert hätte. Bei den Schwindelbeschwerden seien keine peripher-vestibulären Funktionsstörungen ersichtlich gewesen. Im HWS- und Kopfbereich habe der Beschwerdeführer bei fokussierter Untersuchung eine äusserst starke Einschränkung der HWS-Beweglichkeit gezeigt. Es habe eine andauernde Zwangs- und Schonhaltung bestanden, die bei unauffälliger Beobachtung jedoch deutlich weniger ausgeprägt gewesen sei, als sich dies während der Untersuchung gezeigt habe. Die Prüfung der passiven HWS-Beweglichkeit sei wegen eines Gegenhaltens praktisch nicht möglich gewesen (IV-act. 43/11-13).

Dr. med. E.____, Psychiatrie & Psychotherapie FMH, hat in seinem ABI-Teilgutachten ein im Vordergrund deutlich ausgeprägtes aggravorisches Verhalten des Beschwerdeführers beschrieben. Am Anfang der Untersuchung habe der Beschwerdeführer sich über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen beklagt, und er sei nur mangelhaft orientiert gewesen. Zu einem späteren Zeitpunkt habe er dennoch ganz präzise Angaben zu seinem Lebensalltag und Lebenslauf machen können. In keinem der früheren ärztlichen Einschätzungen seien die massiven kognitiven Einschränkungen, unter denen der Beschwerdeführer angeblich leide, erwähnt worden. Der Beschwerdeführer habe auch ein ausgesprochen demonstratives Verhalten gezeigt. Mit Hilfe seines Verhaltens und seiner nicht objektivierbaren kognitiven Einschränkungen dominiere er seine Familie. Mit seinen Beschwerden habe er vor sich und der Umgebung die Rechtfertigung dafür, nicht mehr einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu müssen. Er übergebe die Verantwortung für sein Leben an seine Frau, wisse angeblich nicht, welche Medikamente in welcher Dosierung er einnehme, und erwecke vordergründig die Vermutung, dass er an einer schweren hirnorganischen Störung mit fortgeschrittener Demenz leide. Dafür habe sich in der neurologischen Untersuchung aber kein Anhaltspunkt ergeben. In seiner Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit hat der Psychiater erklärt, es sei dem

Beschwerdeführer zumutbar, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können, wobei die Leistungsfähigkeit geringgradig vermindert sei. Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden (IV-act. 43/8-10).

8.3.3 Zu Recht kritisiert der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (act. G 14) in Übereinstimmung mit der Argumentation des Hausarztes (IV-act. 51), dass gestützt auf Blutuntersuchungen von der Nichteinnahme der Medikamente ausgegangen worden sei. Gemäss neueren Erkenntnissen der medizinischen Forschung sind Blutspiegelbestimmungen bei Antidepressiva sehr tückisch, weil aufgrund der individuellen Bioverfügbarkeit der Spiegel bei gleicher Dosierung von Individuum zu Individuum mit einem Faktor von etwa 1:20 schwanken kann. Ein tiefer Spiegel ist deshalb kein eindeutiger Beweis dafür, dass ein Patient keine Antidepressiva einnimmt (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; vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2006/295 vom 8. Mai 2008 E. 4.2.3). Da aber die Frage vorliegend keine entscheidungswesentliche Rolle einnimmt, kann eine weitere Auseinandersetzung damit unterbleiben.

8.3.4 Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers ist keine stationäre Beobachtung (IV-act. 51) erforderlich, um eine Aggravation festzustellen. Dass die drei Gutachter mit verschiedenen Fachrichtungen bei ihren jeweiligen Untersuchungen das aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers erkannt haben, zeugt von der Beweiskraft der festgestellten Aggravation. Da regelmässig dem gesamten anlässlich einer ärztlichen Begutachtung gezeigten Verhalten Aussagekraft zukommt, ist die Verhaltensweise des Exploranden zu beschreiben und einer begründeten Würdigung zu unterziehen (Urteil des Bundesgerichtes 9C_566/2008 vom 6. Oktober 2008 E. 4.1). Vorliegend haben sich die Gutachter mittels gezielter Untersuchung sowie durch unauffällige Beobachtung einen objektiven Eindruck von der Beschwerdesituation beschaffen können. Die Tragweite, welche diese Feststellungen in den Schlussfolgerungen des Sachverständigen erhalten haben, erscheint als sachgerecht. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer während der psychiatrischen Untersuchung eingenässt hat, zeugt zwar von einer psychischen Belastung, vermag das gesamte Bild einer übertriebenen Betroffenheit aber nicht zu beseitigen.

8.3.5 Der Beschwerdeführer profitiere von seinem Verhalten überhaupt nicht, sondern belaste sich selbst und seine Familie, hält sein Rechtsvertreter entgegen. Es sei unklar und widersprüchlich, wie der Gutachter zum Schluss komme, dass der Beschwerdeführer mit seinem Verhalten seine Familie terrorisiere, um nicht mehr arbeiten zu müssen, und zugleich keinen Krankheitsgewinn feststelle. Werde zudem kein Krankheitsgewinn attestiert, ergebe sich die Feststellung der Aggravation als falsch (IV-act. 51). Die Begriffe von "Aggravation" und "Krankheitsgewinn" sind auseinander zu halten. Unter Krankheitsgewinn ist der aus der Krankheit erzielbare Vorteil zu verstehen. Der primäre Krankheitsgewinn besteht in einem inneren Vorteil, nämlich die Flucht in die Krankheit oder die Neubeziehung zur Umwelt durch die Krankheit. Mit dem sekundären Krankheitsgewinn wird ein durch die eingetretene Erkrankung nachträglich erzielbarer Vorteil, etwa eine Rente oder das Beachtetwerden erfasst (H. Häcker und K. Stapf, Psychologisches Wörterbuch, Bern 2004). Während der primäre Krankheitsgewinn namentlich bei gewissen psychischen Störungen auf Krankheitswertigkeit hindeuten kann, ist der sekundäre Krankheitsgewinn für die Invalidenversicherung nicht von Belang. Der Hausarzt argumentiert, er sei mit der Feststellung der Aggravation unter dem Vorbehalt

einverstanden, dass sie nicht als "Betrug", sondern als Krankheit einzuordnen sei (IV-act. 52), womit er sich offensichtlich auf einen primären Krankheitsgewinn bezieht. Das Vorliegen eines solchen Zustandes schliesst allerdings die Aggravation nicht aus. Und wenn der Sachverständige keine Konfliktsituation erkennt, welcher der Beschwerdeführer durch die vorgebrachte Erkrankung entgehen könnte, stellt auch dies keinen Widerspruch oder logischen Fehler dar, sondern spricht zusätzlich für die Annahme der Aggravation. 8.4 Dem Beschwerdeführer ist somit trotz der vorgebrachten Leiden zumutbar, einer Arbeit nachzugehen. Gemäss der Gesamtbeurteilung des ABI ergibt sich seit Januar 2006 eine durch die leichte depressive Episode bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% für körperlich leichte bis mittelschwer belastende berufliche Tätigkeiten. Dies trifft auch auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zu. Durch eine Behandlung der Depression könnte die Arbeitsfähigkeit verbessert werden. Berufliche Massnahmen sind unter der Annahme eines ausgesprochen aggravatorischen und selbstlimitierenden Verhaltens nicht empfohlen worden (IV-act. 43/14-16). 8.4.1 Der Einwand, die Beschwerdegegnerin stelle mit dem ABI-Gutachten auf keine realistische Verwertbarkeit der Leistungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt, sondern auf eine rein theoretische Beurteilung ohne besonders umschriebene, zumutbare Tätigkeiten ab (act. G. 4), ist nicht stichhaltig. Ein Tätigkeitsvergleich erübrigt sich, weil der Beschwerdeführer von seinem Werdegang als Hilfsarbeiter einzustufen und ihm aus somatischer Sicht eine körperlich leichte bis mittelschwer belastende Tätigkeit zumutbar ist. Stellen, die diesen Anforderungen genügen, sind auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu finden. 8.4.2 Auf die beantragte arbeitsorientierte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (act. G 4) kann in antizipierender Beweiswürdigung verzichtet werden, weil der Beschwerdeführer davon überzeugt ist, nicht mehr arbeiten zu können. Die EFL-Testergebnisse sind in Bezug auf die zumutbare Belastbarkeit nur bei guter Leistungsbereitschaft zuverlässig. Wo eine solche fehlt, kann die Zumutbarkeit einer Arbeitsleistung nicht anders beurteilt werden als ausgehend vom medizinisch-theoretischen Zustand, welcher bei normaler Leistungsbereitschaft und nach bisherigen zumutbaren Behandlungen mit hoher Wahrscheinlichkeit mindestens erreichbar gewesen wäre. Ein EFL-Testverfahren ist zudem nicht in jedem Fall durchzuführen, sondern allenfalls in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen (Urteile des Bundesgerichtes 9C_512/2009 vom 25. November 2009 E. 5.2 und 5.3 sowie 8C_823/2009 vom 16. Februar 2010 E. 3.3).

E. 9

Da das ABI-Gutachten formell und materiell als beweistauglich zu würdigen ist, bleibt zu prüfen, ob die anderen ärztlichen Berichte dessen tatsächliche Feststellungen und die Arbeitsfähigkeitsschätzung zu erschüttern vermögen. 9.1 Vorliegend sind die behandelnden Ärzte zu abweichenden Einschätzungen gelangt. Der Hausarzt Dr. med. B.____ (IV-act. 6/1-7), die Oberärztin G.____ und der Assistenzarzt H.____ des Psychiatrischen Zentrums K.____ (IV-act. 32), die behandelnden Ärzten der Klinik Gais (IV-act. 31) sowie Dr. med. C.____ vom Psychiatrischen Zentrum K.____ (IV-act. 70) hielten die Diagnose einer mittelgraden depressiven Episode (ICD-10 F32.1) fest. Der Hausarzt und Dr. med. C.____ diagnostizierten überdies eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und die Klinik Gais einen entsprechenden Verdacht. Der Bericht der Klinik Gais vom 9. Januar 2007 (IV-act. 31) ebenso wie der Bericht des Psychiatrischen Zentrums K.____ vom 26. Februar 2007 (IV-act. 32) befassten sich mit dem Beschwerdenbeschrieb

und dem Behandlungsziel. Nur der Hausarzt und Dr. med. C. ___ äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit bzw. attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. 9.2 Das Sozialversicherungsgericht darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Obwohl der Grundsatz der freien Beweiswürdigung gilt, weicht das Gericht allerdings nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es gerade ist, seine Kenntnisse in den Dienst der rechtsanwendenden Behörden zu stellen (BGE 125 V 352f E. 3a und b; BGE 122 V 160 f. E. 1c). Anderslautende medizinische Feststellungen und Schlussfolgerungen entkräften den Beweiswert des medizinischen Gutachtens nur, wenn sie sich nicht ausschliesslich auf die gesundheitliche Beeinträchtigung und deren erfolgreiche Behandlung beschränken, sondern unter versicherungsmedizinischen Prämissen auf die Ressourcen und das Leistungspotential der versicherten Person eingehen (Urteil des Bundesgerichtes I 705/06 vom 16. August 2007 E. 3.3.2). Diesbezüglich drängt sich eine abweichende Beurteilung auf, wenn die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichtes I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichtes I 705/06 vom 16. August 2007 E. 3.2). 9.2.1 Der Arztbericht zuhanden der IV-Stelle vom 2. Februar 2007 (IV-act. 6/1-7) und die Zusammenfassung des Krankheitsverlaufs vom 9. Februar 2007 (IV-act. 26/1-3) lassen zwar nach langjähriger Behandlung durch den Hausarzt wertvolle Einsichten in die Entwicklung des Leidens des Beschwerdeführers gewinnen. Konfrontiert mit der ABI-Einschätzung vermag der Hausarzt aber keine neuen Erkenntnisse vorzubringen bzw. die angenommene Aggravation nicht zu widerlegen. Er besteht auf der Diagnose einer mittelgradigen bis schweren Depression und beanstandet die seiner Meinung nach von Misstrauen geprägte und auf die versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit fokussierte Sicht der Sachverständigen. Aufgrund seines Behandlungsauftrags falle es ihm schwer, das Verhalten des Beschwerdeführers eher unter "Betrug" als unter Krankheit einzuordnen. Für den Mediziner sollte das Interesse des Patienten im Vordergrund stehen (IV-act. 68). Der Hausarzt zeigt bezüglich der subjektiven Befindlichkeit seines Patienten die Empathie, die für die Erfüllung seines Behandlungsauftrages zu erwarten ist. Man vermisst allerdings in seiner Stellungnahme eine Auseinandersetzung mit dem, was dem Beschwerdeführer trotz des vorgebrachten Leidens in beruflich-erwerblicher Hinsicht noch zumutbar wäre. 9.3 Ein mit der Beschwerde eingereichter Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums K. ___ vom 22. Dezember 2008 weist eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus. Darauf sei abzustellen, verlangt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers. Konkret sind die Verhältnisse bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. Oktober 2008 zu prüfen (BGE 121 V 362 E. 1b). Soweit dieser psychiatrische Arztbericht die relevante Zeitspanne betrifft, ist er im vorliegenden Urteil zu würdigen. Oberärztin Dr. med. C. ___ stellt darin die Diagnosen einer mittelgradig depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Der Beschwerdeführer gebe subjektive Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen an. Er sei formal gedanklich sehr verlangsamt, jedoch kohärent und gebe reichlich Auskünfte. Es seien keine Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen vorhanden. Er wirke leidend, bedrückt und affektiv niedergestimmt, wenn er über seine Rückschläge spreche. Er sei psychomotorisch sehr verlangsamt. Der Antrieb sei deutlich reduziert. Die Oberärztin

stellte fest, dass das Weiterbestehen der Schmerzen zu einem Schonungsverhalten führe und der Beschwerdeführer infolgedessen alltäglich stark auf andere Personen angewiesen sei. Dies sei einerseits auf eine Chronifizierung der Beschwerden und andererseits auf die noch nicht ausgeschöpften psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlungen zurück zu führen. Sie empfiehlt einen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, spezialisiert auf die Behandlung von somatoformen Schmerzstörungen, und anschliessend ein multimodales Therapieprogramm (IV-act. 70). Diese Stellungnahme rechtfertigt keine Abweichung vom amtlich bestellten ABI-Gutachten, weil sie sich weder mit den Beurteilungen durch die Sachverständigen noch mit der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers auseinandersetzt. Sie bezweckt in erster Linie die therapeutische Behandlung und prüft keine zumutbare Restarbeitsfähigkeit. Deshalb ist sie für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht zu lassen. 9.4 Somit ist zusammenfassend festzustellen, dass das ABI-Gutachten allen rechtsprechungsgemässen Anforderungen entspricht und in der medizinischen Einschätzung überzeugt. Entsprechend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis mittelschwer belastenden Tätigkeit, wie auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit war, zu 80% arbeitsfähig ist.

E. 10

Zu prüfen wäre, wie sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Es ginge mit anderen Worten um die Bemessung des Invaliditätsgrades auf der Basis einer durch die leichte depressive Episode reduzierten Arbeitsfähigkeit von 80% in leidensadaptierter Tätigkeit. Von dieser Arbeitsfähigkeit seit Januar 2006 ausgehend ist festzustellen, dass die IV-relevante Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers unter der während eines Jahres für die Entstehung einer Rente erforderlichen Grenze von 40% liegt (siehe oben Erwägung 2 bezüglich früherem Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG). Mithin sind die Anforderungen an der Wartezeit nicht erfüllt, und es erübrigt sich die Bemessung des Invaliditätsgrades.

E. 11

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens trägt grundsätzlich die unterliegende Partei die Verfahrenskosten. Diese betragen zwischen Fr. 200.- und Fr. 1000.-. Bemessen werden sie nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Dieser rechtfertigt im vorliegenden Fall eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-. Da dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist, ist ihm diese Gerichtsgebühr zwar aufzuerlegen, aber er wird von der Bezahlung befreit. Er ist jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet, wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse dies später gestatten sollten. Dasselbe gilt für die als Folge der Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung vom Staat zu übernehmenden Parteikosten. Diese bemessen sich nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Entsprechend der durchschnittlichen Schwierigkeit des Prozesses rechtfertigt es sich, die Parteikosten auf Fr. 3500.- festzusetzen. Die Entschädigung dieser Parteikosten beläuft sich gemäss Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes auf 80%, somit auf Fr. 2800.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese Entschädigung ist dem früheren Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, pat. Rechtsagent Hans Rüdlinger, Ebnat-Kappel, zu bezahlen, der die Vertretung bis kurz vor dem Abschluss des Prozesses vor dem kantonalen Versicherungsgericht wahrgenommen hat. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird

abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.- befreit. 3. Der Staat entschädigt pat. Rechtsagent Hans Rüdinger, Ebnet-Kappel, mit Fr. 2800.-.

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