

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/196 vom 14. Juni 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-06-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_196

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/196 du 14 juin 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/196 del 14 giugno 2011

Regeste

Art. 16 ATSG; Art. 28 IVG. Prüfung der medizinischen Arbeitsfähigkeitsschätzung. Würdigung medizinischer Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juni 2011, IV 2009/196).

Erwägungen

E. 1

Angefochten ist eine Verfügung, die nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ergangen ist. Grundsätzlich sind für die Zeit bis 31. Dezember 2007 die damals geltenden Bestimmungen und ab 1. Januar 2008 die neuen Normen der 5. IV-Revision anzuwenden (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; vgl. auch Urteil 8C_520/2010 vom 9. Juli 2010, E. 2). Die 5. IV-Revision hat hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht. Neu normiert wurde demgegenüber der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der, sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]), gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens 6 Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) entsteht. Da ein allfälliger Rentenanspruch im vorliegenden Fall auf einen Zeitpunkt vor dem 1. Januar 2008 festzusetzen wäre (der Versicherungsfall trat im Oktober 2004 ein und die IV-Anmeldung erfolgte im Oktober 2005), wirkt sich diese Neuerung auf den hier zu prüfenden Fall jedoch nicht aus (vgl. Urteil 8C_373/08 des Bundesgerichts vom 28. August 2008, E. 2.1 mit Hinweis).

E. 2

2.1 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 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 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. 2 IVG 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. 2.2 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 E. 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 E. 3a).

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin leidet hauptsächlich an degenerativen Beschwerden der unteren Wirbelsäule. Dr. E.____ hat in seinem Bericht vom 3. Dezember 2005 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin trotz Diskushernienoperation L4/5 rechts vom 23. November 2004 nach wie vor unter starken Lumbalgie mit radikulärer Ausstrahlung rechts bei sensomotorischen Ausfällen sowie positiven Husten- und Niesschmerz leide. Das postoperative MRI der LWS vom 8. Februar 2005 habe keine Veränderung der Befunde gegenüber dem MRI vom 9. September 2004 vor der Operation gezeigt. Dies entspreche einem Rezidiv einer Diskushernie L4/5 rechts. Zusätzlich bestehe eine erneute Diskushernie L5/S1 rechts. Ferner bestehe ein cervico-cephales Schmerzsyndrom. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres 100% in der bisherigen sowie in einer anderen Tätigkeit (IV-act. 18). Dr. G.____, der für die Krankentaggeldversicherung die Beschwerdeführerin am 3. April 2006 untersucht hatte, hat in seinem Bericht vom 8. Mai 2006 angesichts des ungünstigen Verlaufs, der klinischen und radiologischen Befunden, die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestätigt. Er hat ein lumboradikuläres Syndrom L5 rechts (DD lumbospondylogen) (aktuell vor allem sensibel) mit/bi St.n. Diskushernienoperation L4/5 rechts, Rezidivhernie L4/5 rechts, kleine zusätzliche Diskushernie L3/4 und L5/S1, Cervicocephala sowie eine mittelgradige depressive Störung mit somatischen Symptomen angegeben. Die Beschwerdeführerin habe sich über beidseitige Bein-Schmerzen, links bis zum Knie und rechts bis zum Fuss ventral beklagt. Die Hüft- und die lumbalen Rückenschmerzen seien stärker als vor der Operation. Bei jedem Schritt beidseits und bei Belastung spüre sie Schmerzen (IV-act. 45). 3.2

Demgegenüber hat der begutachtende Orthopäde der ABI in seiner Untersuchung vom 3. Juli 2006 die Diagnose eines lumboradikulären Syndroms verneint. Das MRI vom Februar 2005 zeige wahrscheinlich ein Rezidiv einer Diskushernie L4/5 rechts mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts. Das dargestellte Gewebe, das in seiner Signalintensität Diskusmaterial gleiche, könnte allerdings auch Narbengewebe entsprechen, welches die Nervenwurzel ummantele. Gegen eine ausgeprägte Kompression der Nervenwurzel spreche das Fehlen einer klar objektivierbaren radikulären Symptomatik. Zwar bestehe der Verdacht

auf eine Rezidivhernie, es fehle jedoch eine eigentliche radikuläre Symptomatik. Im Weiteren bestehe eine Dehydratation auch des Diskus L5/S1, sodass die lumbalen Schmerzen durch Veränderungen auf zwei Etagen provoziert sein könnten. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden teilweise durch die objektivierbaren Befunde erklären liessen. Gesamthaft müsse davon ausgegangen werden, dass es auf dem Boden einer organischen Problematik mittlerweile zu einer deutlichen Schmerzausweitung gekommen sei, die sich nur unzureichend durch organische Befunde objektivieren lasse. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Eine körperlich leichte Tätigkeit in wechselnder Position ohne Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule sei zu 80% zumutbar. Eine weitere MR-Tomographie würde sich anbieten, da die aktuell geäusserten Beschwerden nur unzureichend zum MR-tomographischen Befund vom Februar 2005 passen würden (IV-act. 26-12/24 ff.). In der zusammenfassenden Beurteilung haben die Ärzte angegeben, zur Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G. ___ bestehe eine nicht unerhebliche Diskrepanz. Die sei dadurch begründet, dass die objektivierbaren organischen Befunde und die von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden nicht in optimaler Übereinstimmung stünden (IV-act. 26-22/24). Damit aber haben die Ärzte der ABI gerade nicht nachvollziehbar begründet, weshalb sie – im Unterschied zur gutachterlichen Einschätzung von Dr. G. ___, die sich auf eine bloss wenige Monate zurückliegende Untersuchung und auf die gleiche bildgebende Aktenlage stützte - in der bisherigen Tätigkeit eine um 50% höhere Arbeitsfähigkeit als ausgewiesen erachteten und in einer adaptierten Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit gar auf 80% schätzten. Im Gegensatz zu Dr. G. ___, der ein lumboradikuläres Syndrom, eine Rezidivdiskushernie sowie weitere Diskushernien bestätigt hat, hat der ABI-Gutachter das MRI anders interpretiert und eine Kompression der Nervenwurzel L5 sowie eine Rezidivhernie L4/5 als nicht sicher bezeichnet. Er hat deshalb einzig ein lumbospondylogenes Syndrom diagnostiziert und auf den Bedarf weiterer bildgebenden Untersuchungen verwiesen. Bei einer so grossen Diskrepanz in der Arbeitsfähigkeitsschätzung von verschiedenen Gutachtern ist der kurze Verweis auf eine nicht sicher nachweisbare Kompression der Nervenwurzel bei schon älteren MR-tomographischen Bildern keine ausreichend Begründung. Es kommt hinzu, dass auch Dr. E. ___ eine Rezidivhernie und eine Kompression der Nervenwurzel L5 beschrieben und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angegeben hatte. Dass allein Zweifel an der radikulären Symptomatik den Schluss erlauben würden, bereits im Sommer 2006 sei eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50% als Verkäuferin beziehungsweise von 80% in adaptierter Tätigkeit gegeben, erscheint dem Gericht wenig überzeugend. Das ABI-Gutachten vom 28. August 2006 ist daher in der orthopädischen Beurteilung nicht beweiskräftig. 3.3 Dieser Mangel hat durch das ABI-Verlaufsgutachten vom 5. August 2008 nicht verbessert werden können. Dieses stützt sich auf die Beurteilung der ersten ABI-Begutachtung und bestätigt diese. Die Beschwerdeführerin hat nach wie vor von gleichbleibenden Schmerzen wie vor zwei Jahren berichtet und eine Ausdehnung derselben geltend gemacht. In der klinischen Untersuchung hat sich eine freiere Beweglichkeit gezeigt als anlässlich der Begutachtung im Jahr 2006. Eine MR-Tomographie der Lendenwirbelsäule vom 8. Februar 2008 hat postoperative Residuen im Segment L4/5 rechts mit partieller narbiger Maskierung der Nervenwurzel L5 rechts ohne Nachweis einer Rezidivhernie bei rechtsbetonter Protrusion gezeigt. Daneben befindet sich eine kleine paramediane subligamentäre Diskushernie L5/S1 links, welche die Nervenwurzel S1 links tangiere jedoch nicht komprimiere, sowie eine diskrete mediane Protrusion der Bandscheibe

L3/4 und Spondylarthrosis mässigen Grades L3 bis S1 (IV-act. 67-31/31). Der begutachtende ABI-Orthopäde hat in seinem Teilgutachten vom 9. Juni 2008 angegeben, aus neurologischer Sicht könne mittlerweile kein sicheres Ausfallsyndrom mehr postuliert werden. Das MRI vom Februar 2008 zeige eine weitgehende Rückbildung der früher beschriebenen Diskushernie L4/5 rechts, doch bestünden nach wie vor erhebliche degenerative Veränderungen im Segment L4/5. Eine Neurokompression könne nicht abgegrenzt werden, was gut zum klinischen Befund passe, wo die ausstrahlenden Schmerzen ebenfalls als nicht dermatombezogen angesehen werden müssten. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden liessen sich nach wie vor nur unvollständig durch objektivierbare Befunde erklären. Gesamthaft müsse gar von einer Verbesserung ausgegangen werden. Als Diagnose wurde daher ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik angegeben. Die Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen Tätigkeit und 80% in einer leidensangepassten Tätigkeit wurde bestätigt (IV-act. 67-17/31 ff.).

3.4 Demgegenüber hatte die Ärztin der Schulthess-Klinik in ihrem Bericht vom 2. April 2008 angegeben, die degenerativen Veränderungen würden die Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären. Allerdings bestehe bereits eine sehr lange Leidensgeschichte, sodass es fraglich sei, in wie weit die Schmerzen noch wirklich durchbrochen werden könnten (IV-act. 67-28/31). Zwar geht aus den Akten hervor, dass das MRI vom Februar 2008 eine leicht verbesserte Situation im Vergleich zum MRI vom Februar 2005 zeigt. Jedoch liegen nach wie vor degenerative Beschwerden vor, die mindestens teilweise die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu begründen vermögen. Denn dass bei erheblichen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule eine rückenbelastende Tätigkeit wie diejenige einer Verkäuferin, die den ganzen Tag stehen muss, zu 50% zumutbar sein soll, erscheint als zu optimistische Beurteilung und divergiert sehr zur Beurteilung anderer Ärzte, ohne dass diese Differenz nachvollziehbar dargelegt worden wäre. Daher kann auch nicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung aus somatischer Sicht gemäss Verlaufsgutachten der ABI abgestellt werden.

3.5 Die Beschwerdeführerin ist seit 21. Februar 2005 in psychiatrischer Behandlung. Der behandelnde Psychiater hat in seinem Bericht vom 31. Januar 2006 eine mittelgradige depressive Störung mit somatischen Symptomen auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit angegeben. Seit Behandlungsbeginn bestehe eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit. Während des Gesprächs seien starke Konzentrationsschwierigkeiten festgestellt worden, die Beschwerdeführerin habe bald müde gewirkt. Sie habe einen sehr depressiven und ängstlichen Eindruck gemacht (IV-act. 20). Demgegenüber hat der untersuchende Psychiater im ersten ABI-Gutachten vom 28. August 2006 eine reaktive depressive Störung leichten Ausmasses diagnostiziert. In der Untersuchung vom 3. Juli 2006 habe sich eine subdepressiv verstimmte, innerlich angespannte und teilweise den Tränen nahe wirkende Beschwerdeführerin gezeigt, die differenziert von ihrem Zustand berichtet habe. Sie habe durchaus nachvollziehbar gewirkt. Sozial habe sie sich zurückgezogen. Aufgrund ihrer Schilderungen müsse eine etwas pflichtbewusste Persönlichkeitsstruktur angenommen werden. Aus rein psychiatrischer Sicht könne eine anankastische Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden, ebenso wenig Konzentrationsstörungen. Die Beschwerdeführerin fühle sich vor allem durch die körperlichen Beschwerden beeinträchtigt, weniger durch den psychischen Zustand, was durchaus nachvollzogen werden könne. Es müsse gar angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin bei guter körperlicher Verfassung wieder einer Arbeit nachgehen würde. Demnach könne allenfalls noch eine leichte depressive Störung festgestellt werden. Die Beschwerdeführerin sei vermindert belastbar und benötige längere Erholungsphasen.

Sie sei dadurch in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt und dürfte zusätzlich verlangsamt sein. Es müsse demnach gesamthaft von einer 40%igen Einschränkung ausgegangen werden (IV-act. 26-15/24 ff.). In der zusammenfassenden Beurteilung des ABI-Gutachtens wurde diese Arbeitsfähigkeitsschätzung jedoch auf 20% reduziert mit der Begründung, dass sich bei regelmässiger Einnahme der Antidepressiva die depressiven Verstimmungen mit einiger Wahrscheinlichkeit zurückbilden und die Einschränkungen sich stark reduzieren würden (IV-act. 26-20/24). Ob die Beschwerdeführerin die Antidepressiva wie verordnet einnahm, haben die ABI-Gutachter aufgrund von Blutspiegelanalysen kontrolliert. Der Schluss, dass die Beschwerdeführerin das verordnete Antidepressiva nicht oder nicht in der angegebenen Menge einnimmt und die Hypothese, dass die Einnahme eines solchen einen massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte, ist - nach gerichtlicher Erfahrung - nur mit besonderer Vorsicht zulässig, da der Blutspiegel aus individuellen Gründen (etwa infolge von unterschiedlicher Resorption oder Non-Responder-Einflüssen) offenbar um bis zu einem Faktor 20 variieren kann (so jedenfalls J. John Mann, Drug Therapy, The Medical Management of Depression, in New England Journal of Medicine, October 27, 2005, 1829). Daher bestehen Zweifel an der Erhöhung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht unter der Annahme einer Medikamenteneinnahme. Zu beurteilen ist der Befund, wie er sich anlässlich der Begutachtung zeigt. Auf das ABI-Gutachten vom 28. August 2006 kann daher auch bezüglich der psychiatrischen Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht abgestellt werden.

3.6 Im weiteren Verlauf hat sich die Beschwerdeführerin vom 10. April 2007 bis 4. Mai 2007 ambulant in der Klinik Teufen behandeln lassen. Die Ärzte der Klinik Teufen haben in ihrem Bericht vom 15. August 2007 eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode ohne psychotische Symptome, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Während des Gesprächs seien deutliche Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen aufgetreten. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin deprimiert, verängstigt, innerlich unruhig, affektiv modulierbar und mit gutem affektivem Report. Der Antrieb sei vermindert und motorisch sei die Beschwerdeführerin verlangsamt. In regelmässigen therapeutischen Gesprächen hätten massive traumatische Erfahrungen aus der Kindheit im Vordergrund gestanden, die mit dem Verlust der körperlichen Gesundheit und vor allem ausgeprägter Angst vor operativen Eingriffen wieder erweckt worden seien. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% (IV-act. 53). Da über diese traumatischen Kindheitserlebnisse bisher Unterlagen gefehlt haben und die ABI eine Verlaufsbegutachtung empfohlen hat, hat die Beschwerdegegnerin den entsprechenden Auftrag am 15. Dezember 2007 erteilt (IV-act. 57 und 64).

3.7 Die erneute psychiatrische Untersuchung durch die ABI hat am 9. Juni 2008 stattgefunden. Die begutachtende Psychiaterin hat als Diagnose eine Dysthymia angegeben. Die Beschwerdeführerin habe im Vergleich zur Vorbegutachtung von einem unveränderten Zustand berichtet. Sie habe ein unbeschwertes Kindsein nie kennengelernt. Zusätzlich habe die Mutter nach dem frühen Tod des Vaters an Ängsten und Depressionen gelitten und sei auch wochenlang in lautes Weinen und Klagen ausgebrochen, was sie als Kind sehr verstört habe. Die Last der Kindheit und der Jugend, in der zudem Missbrauchserlebnisse stattgefunden hätten, die nicht im Einzelnen aufgeführt wurden, habe sie lange Jahre niedergedrückt. Ihre gesamte Angst, innerliche Schwere und ihre Traurigkeit, die sie als Kind und Jugendliche immer empfunden habe, habe sie in Pflichtbewusstsein, Leistung und Fürsorge für die Familie umwandeln wollen. Dies sei ihr auch über viele Jahre gelungen. Mit Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch ihr Rückenleiden seien jedoch die inneren "Mächte" ausgebrochen und hätten sie in Depressionen gestürzt. Die

untersuchende Psychiaterin hat ausgeführt, die geltend gemachten Störungen des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses hätten nicht objektiviert werden können. Der konzentrierte Spannungsbogen habe durchgehend gehalten werden können. Die Ich-Funktion sei durch eine Selbstwertproblematik beeinträchtigt und es bestünden vermehrte Scham- und Schuldgefühle. Es lägen perfektionistische Persönlichkeitszüge ohne das Vorliegen einer krankhaften Persönlichkeitsstörung vor. Affektiv wirke die Beschwerdeführerin intermittierend depressiv ausgelenkt. Ein pathologischer Angsteffekt sei nicht feststellbar. Zusammenfassend hat die Psychiaterin angegeben, gegenüber der psychiatrischen Vorbegutachtung vom 3. Juli 2006 habe sich keine entscheidende Änderung der Symptomatik eingestellt. Auf der Befundebene hätten insbesondere Einschränkungen der Affektivität, psychomotorisch vegetativ ein angespannter Zustand und eine leichte Einschränkung der Realitätsanpassung, die vorwiegend durch die affektiven Beschwerden ausgelöst würden, imponiert. Der Serumspiegel des Antidepressivas sei weit unterhalb der Norm gelegen, weshalb von einer stringenten Medikamenteneinnahme nicht ausgegangen werden könne. Es liege eine neurotische, depressive Entwicklung vor, jedoch keine schwere depressive Episode. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit könne nicht diagnostiziert werden. Die von den behandelnden Psychiatern der Klinik Teufen sowie von Dr. F. ___ gestellten Diagnosen könnten nicht bestätigt werden. Ebenso wenig die von diesen geschätzte volle Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, eine vollschichtige Arbeitstätigkeit für 8-9 Stunden täglich auszuüben. Wegen der beschriebenen Störungen im affektiven Bereich in Verbindung mit den diskreten psychomotorischen Einschränkungen sei initial mit einer Verminderung der Leistungsfähigkeit von 20% zu rechnen, doch sei der Beschwerdeführerin die Willensbildung zumutbar, die Störung zu überwinden und nach einer gewissen Angewöhnungszeit wieder uneingeschränkt zu arbeiten. Daher müsse postuliert werden, dass sich zwischenzeitlich die objektivierbaren Befunde auf psychiatrischer Ebene gebessert hätten (IV-act. 67-13/31 ff.).

3.8 Der RAD hat in seiner Stellungnahme vom 8. September 2008 festgehalten, dass die Verbesserung aus psychiatrischer Sicht trotz ambulanter Therapie in der Klinik Teufen wegen einer schweren depressiven Störung nicht begründet worden sei und bat um Nachfrage bei der ABI. Der niedrige Serumspiegel sei neben der Non-Compliance allenfalls durch die niedrige Dosis (1/4 der üblichen Dosierung) erklärbar (IV-act. 68). Die begutachtende Psychiaterin hat am 21. Oktober 2008 ausgeführt, dass die Querschnittsdiagnose Dysthymia unter Darstellung der kindlichen und erwachsenen psychodynamischen Entwicklung ausreichend begründet und dargestellt worden sei. Die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen seien nicht nachvollziehbar. Der Zustand habe sich nicht verändert, auch nicht die Diagnosen, es bestehe eine verschiedentlich andere Beurteilung als in den zusätzlichen Berichten, denen gutachterlich nicht gefolgt werden könne (IV-act. 70).

3.9 Vom 9. Februar 2009 bis 6. März 2009 befand sich die Beschwerdeführerin erneut in einem ambulanten Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Teufen. Die Ärzte haben im Bericht vom 18. März 2009 angegeben, es liege eine rezidivierende Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Die Beschwerdeführerin habe sich im Affekt deprimiert, teilweise verzweifelt und resigniert, ausgeprägt verängstigt und verunsichert gezeigt. Der Antrieb und die Motorik seien stark vermindert gewesen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage nach wie vor 100% (IV-act. 78).

3.10 Wie ein Vergleich der verschiedenen Berichte zeigt, wird der Befund der Beschwerdeführerin als im Verlauf gleichbleibend, eher sich verbessernd beschrieben. Hingegen werden einerseits Konzentrationsstörungen bejaht und

auf der anderen Seite verneint. Die behandelnden Ärzte haben im aktuellen Bericht vom 18. März 2009 eine mittelschwere statt schwere (2007) depressive Störung angegeben, was eine Verbesserung ausdrückt. Dennoch haben sie die Arbeitsfähigkeit weiterhin verneint. Dagegen haben die ABI-Gutachter die psychiatrischen Befunde als reaktive leichte depressive Störung (2006) beziehungsweise lediglich als Dysthymia gewertet und maximal eine Einschränkung von 20% bejaht. Dies haben sie damit begründet, dass die Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte nicht nachvollziehbar seien. Dies erklärt die grossen Divergenzen zu den behandelnden Ärzten jedoch nicht. Zudem ist auch der Wechsel der Diagnose von einer reaktiven depressiven Episode zu einer Dysthymia bei angeblich unverändertem Zustand nicht schlüssig. Bereits der RAD hat das Verlaufsgutachten der ABI in psychiatrischer Hinsicht als nicht genügend begründet betrachtet. An dieser Einschätzung hat nach Ansicht des Gerichts auch die Stellungnahme vom 21. Oktober 2008 nichts geändert, da nicht in überzeugender Art und Weise dargelegt wird, inwiefern bei gleichbleibendem Zustand die geänderte Diagnose sowie Arbeitsfähigkeitsschätzung gerechtfertigt sein sollen. Daher kann auf die psychiatrischen Gutachten der ABI nicht abgestellt werden, da Zweifel an der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bestehen.

E. 4

4.1 Zusammenfassend erfüllen die ABI-Gutachten die Beweisanforderungen an ein nachvollziehbares und umfassendes Gutachten nicht, weshalb die Sache zur weiteren Abklärung an eine neue Begutachtungsstelle an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Insbesondere ist aus ärztlicher Sicht zum Verlauf der somatischen und psychischen Erkrankung seit Oktober 2004 Stellung zu nehmen. Unabhängig vom Ergebnis der erneuten Abklärung ist darauf hinzuweisen, dass ein Umschulungsanspruch nach der Rechtsprechung grundsätzlich auch bei Hilfsarbeiterinnen besteht. Nachdem die Beschwerdeführerin zuletzt als Abteilungsleiterin im Verkauf gearbeitet hat, wären ihr zusätzliche Qualifikationen nicht ohne weiteres abzusprechen. Berufliche Massnahmen werden darum zu prüfen sein. Die Verfügung vom 6. Mai 2009 ist daher unter teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Da sie gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b des st. gallischen Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (sGS 350.1) Teil der Sozialversicherungsanstalt und damit Teil einer selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt ist, kommt Art. 95 Abs. 3 VRP/SG (Befreiung von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten) nicht zur Anwendung (vgl. Urs Peter Cavelti/Thomas Vögeli, Verwaltungsgerichtsbarkeit im Kanton St. Gallen - dargestellt an den Verfahren vor dem Verwaltungsgericht, 2. Aufl., 2003, Rz 792). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der Kostenvorschuss ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

4.3 Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat bei diesem Verfahrensausgang einen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Parteientschädigung bemisst sich gemäss Art. 61 lit. g ATSG nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demgemäss hat das

Versicherungsgericht entschieden 1. Unter Aufhebung der Verfügung vom 6. Mai 2009 wird die Beschwerde teilweise gutgeheissen und die Sache wird zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen sowie zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.

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