



**Fall-Nr.:** IV 2009/46  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.06.2020  
**Entscheiddatum:** 14.07.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.07.2011**

**Art. 28 IVG; Art. 43 ATSG; Art. 42 ATSG. Rentenabweisung. Beweistauglichkeit von Gutachten. Untersuchungsgrundsatz bei der Feststellung des Sachverhalts. Umfang der notwendigen Abklärungen. Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Abweisung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juli 2011, IV 2009/46). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_687/2011.**

Entscheid Versicherungsgericht, 14.07.2011

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; a.o. Gerichtsschreiberin Rahel Pfäffli

Entscheid vom 14. Juli 2011

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jean Baptiste Huber, Bundesplatz 6,  
Postfach 4315, 6304 Zug,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ (Jahrgang 1963) meldete sich am 28. April 2005 bei der IV-Stelle St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Seit einem Verkehrsunfall (Auffahrkollision, vgl. IV-act. 14) im Jahr 2001 bestehe als Behinderung ein Bandscheibenvorfall (5 Bandscheiben). Er sei seit dem 27. April 2004 zu 50% arbeitsunfähig (IV-act. 1).

A.b Der Versicherte war am 26. Mai 2004 in der Klinik Valens abgeklärt worden (interdisziplinäre Schmerzsprechstunde). Als Diagnosen (Bericht vom 1. Juni 2004) waren ein chronisches, zervikovertebrales, zervikocephales und zervikospondylogenes Syndrom beidseits, leichte Fehlhaltung der Halswirbelsäule, diskrete degenerative Veränderung der mittleren HWS, muskuläre Dysbalance (ICD-10 M50.9, M53.0, M53.1) sowie eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) genannt worden. Als Nebendiagnosen hatte der Bericht ein Status nach Polytoxikomanie sowie nach HWS-Distorsion (2001) erwähnt. Eine arbeitsbezogene und leistungsorientierte stationäre Rehabilitationsbehandlung wurde angeregt. Aus psychiatrischer Sicht sei eine sedierende antidepressive Behandlung neben einer längerfristigen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zur verbesserten Anpassung an die aktuell bestehenden ungünstigen psychosozialen Verhältnisse indiziert sowie eine Abklärung eines fraglichen C7-Syndroms links. Für die vom Versicherten ausgeübte selbständige Tätigkeit in der EDV-Branche seien keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ersichtlich (IV-act. 10-8 f.).

A.c Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, bestätigte mit Bericht vom 9. Mai 2005 die Diagnosen der Klinik Valens, hielt aber dafür, der Versicherte sei seit dem 27. April 2004 für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zu 50% arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch eine stationäre Rehabilitationstherapie verbessert werden. Berufliche Massnahmen seien angezeigt. Für den Versicherten sei es durchaus vorstellbar, sich mit Hilfe von aussen wieder in eine zumindest teilweise selbständige



## St.Galler Gerichte

Arbeit zu integrieren. Die 50%ige Arbeitsfähigkeit des Versicherten sollte mit voller Leistung in Teilzeit angestrebt werden (IV-act. 10-3 ff.).

A.d Am 8. November 2005 nahm die IV-Stelle eine Abklärung für Selbständigerwerbende vor. Gestützt auf die Angaben des Versicherten ergab der Betätigungsvergleich eine Einschränkung von 54%. Eine Arbeitsvermittlung sei angezeigt, der Versicherte brauche dringend neue berufliche Perspektiven (IV-act. 28-9).

A.e Im Verlaufsbericht des Hausarztes vom 6. Dezember 2005 zeigten sich keine Diagnoseänderungen sowie im Wesentlichen ein stationärer Verlauf. Bis drei Monate nach dem Unfall habe kein Arztbesuch stattgefunden. Danach sei es zu wechselnden Arbeitsfähigkeiten von 0-100% ab Sommer 2003, dann höchstens noch zu 50%iger abwechselnd mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit gekommen (IV-act. 30-2).

A.f Der Regionale Ärztliche Dienst der Invalidenversicherung (nachfolgend RAD) bestätigte am 23. Dezember 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% im zuletzt ausgeübten Beruf. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit mit Rentenanspruch könne nicht sicher bestätigt werden, auch weil die Klinik Valens von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Aus medizinischer Sicht sei die Einleitung beruflicher Massnahmen bereits möglich (IV-act. 35-2) bei einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 50% (vgl. IV-act. 39-1). Ein bidisziplinäres Verlaufsgutachten (rheumatologisch/psychiatrisch) sei angezeigt.

A.g Mit Bericht vom 17. Juli 2006 bestätigte Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin spez. Rheumatologie, die Diagnosen der Klinik Valens. Der Versicherte sei ab April 2004 zu 50%, aber seit Juni 2004 zu 100% arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne möglicherweise durch physiotherapeutische Massnahmen verbessert werden (IV-act. 75-3 f.). Auch Dr. med. D.\_\_\_\_, Chiropraktor SCG/ECU, attestierte im Zwischenbericht an die Krankenversicherung vom 25. Juli 2006 sowie im Arztbericht vom 1. September 2006 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 27. April 2004. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden und berufliche Massnahmen seien angezeigt. Es bestehe ein Verdacht auf Tramal-Abusus (IV-act. 121-3 und 80).



## St.Galler Gerichte

A.h Im Rahmen beruflicher Massnahmen nahm der Versicherte von Mai 2006 bis September 2006 (mit einmonatigem Unterbruch) an einem Arbeitsprogramm teil. Dem Bericht vom 26. September 2006 ist zu entnehmen, die Integration in den ersten Arbeitsmarkt im IT-Bereich werde kaum möglich sein, sofern der Versicherte seinen Wissensstand nicht aktualisiere. Ebenfalls müssten seine Präsenzzeiten steigen. Die Gründe lägen im sehr schlechten gesundheitlichen Zustand. Trotz positiver Einstellung und Bemühungen verbessere sich der Gesundheitszustand nicht. Der Versicherte könne sich maximal eine Stunde auf die Arbeit konzentrieren. Die Schmerzen würden dabei immer stärker (IV-act. 83-1 ff.).

A.i In der Folge hielt sich der Versicherte vom 5. Oktober bis 2. November 2006 stationär in der Klinik Valens auf. Im Austrittsbericht vom 24. November 2006 wurden folgende Diagnosen aufgeführt: (1) Chronisches zervikozephal und zervikospondylogenes Syndrom beidseits seit 10/2001, Wirbelsäulenfehlhaltung, diskrete degenerative Wirbelsäulenveränderungen, muskuläre Dysbalance, kraniozervikales Beschleunigungsereignis 10/2001, psychosoziale Belastungsfaktoren, (2) St. n. Polytoxikomanie (Methadonprogramm 01/2002 erfolgreich beendet). Dem Versicherten sei medizinisch-theoretisch eine leichte wechselbelastende Arbeit zu mindestens 50% zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit sollte - idealerweise mit begleitendem rekonditionierendem Ausdauertraining im Sinne einer Medizinischen Trainingstherapie - innert 3 Monaten auf 100% steigerbar sein. Der Versicherte sei mit dieser Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere mit der Steigerungsmöglichkeit innert 3 Monaten auf 100%, nicht einverstanden (IV-act. 101-23 ff.).

A.j In der Schmerzprechstunde des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend KSSG) war die Schmerzsituation des Versicherten schwierig einzuschätzen. Dr. med. E.\_\_\_\_ führte am 26. Oktober 2007 aus, ohne Zweifel bestehe ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit einer vermehrten Schmerzsymptomatik im zervikalen Bereich sowie im Bereich des Trapezium mit Ausstrahlung Richtung Schulter und Oberarme beidseits sowie nach cephal. Dieses könnte durchaus mit dem HWS-Beschleunigungstrauma zusammenhängen. Dass die Schmerzsymptomatik erst spät gemeldet worden sei, schliesse die Kausalität nicht aus. Wahrscheinlich habe der Schmerz mit dem damals eingenommenen Methadon recht gut unter Kontrolle gehalten werden können. Nach Absetzen des Methadons sei es offensichtlich zu einer



Exazerbation gekommen. Eine Radikulopathie habe er nicht gefunden, ebenso sei die Hypästhesie am ventralen Oberschenkel rechts schwer zu erklären. Diese gesamte Symptomatik sei am ehesten im Rahmen der Schmerzausdehnung bei langdauernden Schmerzen zu sehen. Von emotionaler Seite her erscheine der Versicherte wenig zugänglich, die gezeigte Gelassenheit bis fast hin zur emotionalen Unbeteiligung erstaune angesichts der doch starken Schmerzen mit massiven Einschränkungen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich. Eine interdisziplinäre Besprechung sei angezeigt (IV-act. 121-7 bis 121-11).

A.k Am 3. Dezember 2007 verunfallte der Versicherte erneut. Der Versicherte gab an, der Auffahrunfall sei nicht so wuchtig gewesen wie der erste. Er beklagte seither etwas stärkere Beschwerden als üblich im linken Halsbereich und Auge (IV-act. 100-2 und 105-1).

A.l Im Rahmen der interdisziplinären Schmerzsprechstunde wurde der Versicherte am KSSG an der Wirbelsäule (MRI C0-S3) untersucht. Als Befunde wurden im Bericht vom 19. Januar 2008 hervorgehoben: C4/5 mit rechtsbetonter, nach neuroforaminal rechts reichender Diskushernie mit Kompression der Nervenwurzel C5 rechts sowie massive Elongation und Schleifenbildung der A. vertebralis bds auf Höhe C3/4 mit potentieller Verlagerung und Kompression der NW C4 bds (IV-act. 101-21). Die ambulante Untersuchung im KSSG vom 1. Februar 2008 ergab degenerative Veränderungen, Diskusprotrusionen von HWK 2-7 mit jeweils erhaltenem Liquorsaum. Für die vom Versicherten angegebene vor allem linksseitige Zervikobrachialgie bestehe kein morphologisches Korrelat, auch nicht für die Schmerzen im Bereich der Rippenbogen oder für die Ischialgie und Femoralgie. Das lumbale MRI zeige degenerative Veränderungen im Sinne von Osteochondrosen und Spondylarthrosen sowie Diskusprotrusionen ohne Nervenwurzelkompression (IV-act. 121-15). Eine neurologische Untersuchung am 18. März 2008 ergab ein chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom unklarer Genese. Aus den erhobenen Befunden liessen sich neben der vom Versicherten geschilderten Schmerzsymptomatik noch Sensibilitätsstörungen im Bereich des Nervus cutaneus femoris lateralis rechts eruieren. Die bisherigen Therapieversuche mit Schmerzmitteln seien nicht erfolgreich gewesen. Empfohlen würde aus neurologischer Sicht eine schmerzmodulierende Therapie mit einem Antidepressivum oder mit Lyrica (IV-act. 116-11).



A.mDer Versicherte wurde am 4. März 2008 beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut in Basel (ABI) polydisziplinär untersucht. Im Gutachten vom 15. April 2008 wurde als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Zervikalsyndrom (ICD-10 M53.1), bei Zustand nach zwei HWS-Distorsionstraumata (ICD-10 S13.4) ohne radikuläre oder medulläre Reiz- oder Ausfallerscheinungen bei degenerativen Veränderungen der HWS (MRI) genannt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden (1) eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), (2) eine Störung durch multiplen Substanzkonsum, gegenwärtig regelmässige Einnahme von Opioidanalgetika (ICD-10 F19.25), (3) ein Status nach intravenösem Drogenabusus 1981-1991 mit Heroin und Kokain, (4) eine Tachykardie, Anamnese mit Schwitzen, morgendlicher Diarrhoe mit Bauchkrämpfen, generalisierten Schmerzen, Tinnitus bei Verdacht auf Entzugssymptomatik im Rahmen eines Opiat-Abusus (Tramal). Aus neurologischer Sicht wirke sich das chronische Zervikalsyndrom limitierend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dem Exploranden seien körperlich schwere Tätigkeiten und Tätigkeiten in längeren Zwangshaltungen sowie mit repetitiven Überkopparbeiten bleibend nicht mehr zumutbar. Für sämtliche körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten bestehe aus medizinisch-theoretischer Sicht eine ganztägige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinbusse. Aus psychiatrischer Sicht lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Weder aus internmedizinischer noch aus anderweitiger somatischer Sicht lägen Befunde oder Diagnosen vor, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Es sei jedoch festzuhalten, dass beim Exploranden durch die Störung mittels multiplen Substanzkonsums (aktuell vorwiegend Tramadol und Cannabis) zeitweise leichte kognitive Störungen vorliegen könnten (deshalb fremdgefährdende Tätigkeiten ungeeignet, keine Fahrtauglichkeit). Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% für adaptierte, körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten. Die Prognose bezüglich Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei ungünstig (IV-act. 101-1 bis 101-20).

A.n Eine elektrophysiologische Abklärung in der Klinik für Neurologie am KSSG vom 5. Mai 2008 ergab keine Hinweise für eine periphere Neuropathie oder eine Radikulopathie C5/C6 rechts, was eine rein sensible Radikulopathie nicht ausschliesse (vgl. IV-act.121-20 ff.). Auch im Bericht vom 20. Mai 2008 betreffend Abklärung eines sensibel afferenten Defizits waren beidseitig normale Latenzen und Amplituden sowie eine unauffällige Potentialkonfiguration festgestellt worden (IV-act. 121-23 f.). Im



## St.Galler Gerichte

Schreiben an den behandelnden Hausarzt vom 2. Juli 2008 diagnostizierten die Ärzte des KSSG (Schmerzsprechstunde) weiterhin eine langdauernde Schmerzstörung, zervikocephale und zerviko-brachiale Schmerzen, 10/01 HWS-Beschleunigungstrauma bei Autounfall, kognitive Beeinträchtigung und Sehstörungen, sekundäre Generalisierungstendenz mit lumboischialgieformen Schmerzen linkes Bein, Beckenschmerzen und Schmerzen am Rippenbogen sowie unklare Hypästhesie und Dysästhesie am rechten Oberschenkel. Es habe sich herausgestellt, dass eine kausale Therapie der Beschwerden nicht möglich sei. Eine symptomatische Therapie sei eingeleitet worden (inkl. Morphintropfen; IV-act. 121-26).

A.o Im Bericht vom 7. August 2008 attestierte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie FMH, Spezielle Schmerztherapie, dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 50% seit 24. April 2008 bis auf weiteres. Der Zustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Die Arbeitsfähigkeit könne durch Optimierung des Arbeitsplatzes (ergonomisch) gesteigert werden. Berufliche Massnahmen seien ebenfalls angezeigt. Langes Sitzen oder Stehen sollte vermieden werden, ebenso monotone Bewegungen im Nacken-/Schulterbereich. Überkopfarbeiten seien nicht möglich. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sei zunächst in Teilzeit mit reduzierter Leistung zu erbringen. Der Arzt beschrieb auffällige Verwachsungen der Wurzelabgänge C4 beidseits und im Vordergrund stehende occipitale Kopfschmerzen. Eine Infiltration der betroffenen zervikalen Facetten C3-7 links habe eine erfolgreiche Schmerzlinderung über mehrere Wochen gebracht. Zwischenzeitlich habe der Versicherte aber ein erneutes Sturzereignis gehabt (Handbruch links, Gehirnerschütterung) und seither wieder Kopfschmerzen sowie radiculäre Schmerzausbreitung im Dermatome C7 rechts und heftige Nackenschmerzen beidseitig. Zur Behandlung der teils unerträglichen Kopfschmerzen sei eine kombinierte Infiltration der beteiligten Nervi occipitalis beidseits am 3. Juli 2008 durchgeführt worden. Die Kopfschmerzen hätten sich deutlich gebessert. Der Versicherte sei weiterhin stark beeinträchtigt durch die Beschwerden. Es liege derzeit eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% für den gelernten EDV-Techniker vor (vgl. IV-act. 116-5 f.). Im Schlussbericht vom 26. August 2008 über die Behandlung des Versicherten in der interdisziplinären Schmerzsprechstunde hielten die Ärzte des KSSG fest, dass sich unter einer symptomatischen Schmerztherapie für den Versicherten eine akzeptable Schmerzreduktion zeige (vgl. IV-act. 121-29).



A.p Der RAD bezeichnete das psychiatrische Teilgutachten des ABI als nicht genügend (vgl. IV-act. 108-2) und klärte den Versicherten am 30. September 2008 durch RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, selber ab. Sie stellte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: (1) Somatoforme Schmerzstörung (F45.4), (2) Iatrogene Morphin-Abhängigkeit (F11.25), (3) Cannabis-Missbrauch (F12.1) sowie (4) Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge/ Probleme bei der Lebensbewältigung (Z73.1). Ausser der verstärkten Erschöpfbarkeit bestünden keine anhaltenden schwerwiegenden Beeinträchtigungen. Eine ganztägige angestammte oder adaptierte Tätigkeit mit 20% Leistungseinbusse erscheine (vgl. IV-act. 140-2) durchgehend seit 04/04 zumutbar. Die abweichende Einschätzung im Vergleich zum ABI-Gutachten beruhe auf der abweichenden Feststellung einer somatoformen Schmerzstörung und Berücksichtigung der verstärkten multifaktoriellen Ermüdbarkeit mit Einfluss auf Arbeitstempo und Pausenbedarf.

Eingliederungsmassnahmen zum jetzigen Zeitpunkt seien nicht erfolgversprechend aufgrund der subjektiven Minderbelastbarkeit und Selbstlimitierung des Versicherten. Für den weiteren Krankheitsverlauf wichtig sei die Aufnahme einer psychosomatisch orientierten Psychotherapie. Für die aktuelle Schmerzbehandlung mit Opiaten liege aus psychiatrischer Sicht keine ausreichende Indikation vor. Aus gutachterlicher Sicht sei eine stationäre Umstellung auf Medikamente ohne Suchtpotential und alternative Strategien zum Umgang mit den körperlichen Beschwerden unter psychotherapeutischer Begleitung sinnvoll (vgl. IV-act. 125). Ergänzend hielt der RAD am 30. Oktober 2008 fest, der Versicherte sei überzeugt, in seinem Gesundheitszustand nicht belastbar zu sein. Deswegen bemühe er sich laufend um medizinische Abklärungen und Behandlungen, nicht aber um einen Arbeitsplatz (IV-act. 126).

A.q Mit Vorbescheid am 5. November 2008 zeigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens an. Es bestehe bei einer um 20% verminderten Arbeitsfähigkeit ein Invaliditätsgrad von unter 40% und somit kein Rentenanspruch (vgl. IV-act. 131).

A.r Mit Schreiben vom 30. November 2008 bzw. 5. Dezember 2008 wandte der Versicherte ein, es könne nicht angehen, dass relevante Tatsachen einfach weggelassen und nicht berücksichtigt würden. Das ABI-Gutachten wie auch das RAD-Gutachten seien fehlerhaft. Der Vorbescheid sei aufzuheben und es sei ihm eine



angemessene Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei der Sachverhalt vorgängig näher abzuklären. Die Befunde von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 7. August 2008 würden auf wesentlich eingehenderen Untersuchungen und insbesondere einer diagnostischen Infiltration der Facettengelenke beruhen. Die Aussagekraft der Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_ sei deshalb wesentlich höher (vgl. IV-act. 138; 139).

A.s Zum Einwand führte der RAD am 9. Januar 2009 aus, an der Korrektheit und Vorgehensweise der Begutachtung sei nicht zu zweifeln. Die Beanstandungen seien haltlos. Der Versuch, das Gutachten zu demontieren, sei ungerechtfertigt. Der Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 7. August 2008 besitze keine IV-Relevanz (IV-act. 140). Mit Verfügung vom 9. Januar 2009 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren gemäss Vorbescheid ab (kein Rentenanspruch, IV-act. 141).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 10. Februar 2009. Der Beschwerdeführer beantragt Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Ausrichtung einer angemessenen Invalidenrente ab 1. Oktober 2002. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Wesentliche Befunde seien nicht ausreichend abgeklärt bzw. im Rahmen der Begutachtung am ABI gar nicht bzw. ungenügend gewürdigt worden. Der Umstand, dass keine "objektiven Ausfälle" festzustellen gewesen seien, lasse den Schluss nicht zu, dass die bildgebend festgestellte Kompression der Nervenwurzel C4/5 nicht bestehen würde. Auf die Beurteilung des ABI könne deshalb nicht abgestützt werden. Vor allem stehe die Beurteilung des ABI auch im Widerspruch zu den später erhobenen Befunden von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 7. August 2008. Die Beschwerdegegnerin behaupte nur, die Befunde von Dr. med. F.\_\_\_\_ seien mit der falschen Methode erhoben worden, sie seien aber dennoch zu beachten. Sodann könnten Nervenverwachsungen auch ohne festgestellte Verlangsamung der Leitgeschwindigkeit bei normalen EMG-Werten neurogene Schmerzen bewirken, das sei keineswegs selten. Auch seien bei der MRI-Untersuchung des KSSG mutmasslich zu grobe Einstellungsparameter gewählt worden. In Würdigung aller Befunde beruhe die angefochtene Verfügung auf einem ungenügend festgestellten Sachverhalt. Er beantrage eine kombiniert bildgebende/neurologische Begutachtung bzw. eventualiter



die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung (act. G 1 Ziffer III/6 ff.).

B.b Am 27. April 2009 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. In der RAD-Stellungnahme vom 9. Januar 2009 hätten die Dres. med. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ zu den Einwänden, die in der Beschwerde erneut vorgebracht wurden, Stellung genommen. Der RAD habe festgehalten, dass der Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ für die IV keine Relevanz besitze. Wegen der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten sei der Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ mit Vorbehalt zu würdigen. Infolgedessen und aufgrund der in der RAD-Stellungnahme erläuterten Gründe vermöge der Bericht nicht zu überzeugen und es sei auf das ABI- bzw. RAD-Gutachten abzustellen (act. G 4 Ziffer III/2 f.).

C.

C.a Mit Replik vom 19. Oktober 2009 hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen vollumfänglich fest. Die Befunde von Dr. med. F.\_\_\_\_ hätten zumindest Anlass sein müssen, die Frage nach Verwachsungen der Nervenabgänge mit geeigneteren Mitteln abzuklären. Auch sei die Diskussion der Befunde von Dr. med. F.\_\_\_\_ durch den neurologischen Gutachter des ABI ungenügend und seine Schlussfolgerungen würden auf falschen Prämissen beruhen. Die Auflösung der MRI-Bilder der HWS 1/08 sei mutmasslich zu grob gewesen. Dass die gewählten Parameter im Bericht des KSSG nicht genannt worden seien, sei unüblich und unwissenschaftlich und lasse eine Überprüfung des Berichts nicht zu. Wenn sich die Beschwerdegegnerin auf diesen Bericht stütze, komme das einer Verletzung des rechtlichen Gehörs gleich. Aus dem Umstand, dass der RAD-Rheumatologe Dr. med. H.\_\_\_\_ spontan keine mögliche Ursache für das Auftreten von Nervenverwachsungen habe erkennen können, schliesse dieser auf das Nichtvorliegen von Verletzungen. Es wäre aber nicht das erste Mal, dass ein Befund vorläge, dessen Herkunft sich die Ärzte nicht erklären könnten. Die Beschwerdegegnerin wäre zu weiteren Abklärungen verpflichtet gewesen. Die angefochtene Verfügung beruhe auf einem ungenügend festgestellten Sachverhalt. (act. G 18 Ziffer III/3 ff.).



## St.Galler Gerichte

C.b Mit Schreiben vom 12. November 2009 hält die Beschwerdegegnerin an ihren Ausführungen fest und verzichtet sinngemäss auf das Einreichen einer Duplik (act. G 21).

C.c Mit zusätzlicher Eingabe vom 27. April 2010 reichte der Beschwerdeführer einen ergänzenden Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ ein (act. G 23, G 25.1).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 435 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung erging am 9. Januar 2009, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 geltenden Bestimmungen wiedergegeben.



1.1 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig im Sinn von Art. 6 ATSG gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid im Sinn von Art. 8 ATSG sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität im Sinn von Art. 8 ATSG ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Dabei ist die Erwerbsunfähigkeit als der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG richtet sich die Invalidenrente nach dem Invaliditätsgrad. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent vor, besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, auf eine Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent und auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent. Der Invaliditätsgrad seinerseits wird bei Erwerbstätigen mittels eines Einkommensvergleichs bestimmt. Dabei wird das Valideneinkommen in Beziehung gesetzt mit dem Invalideneinkommen, also dem Erwerbseinkommen, das nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung einer allfälligen medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen in zumutbarer Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielt werden könnte (Art. 16 ATSG).

1.3 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 256 E. 4). Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf



dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 127 V 294 E. 4c mit Hinweisen). Einer versicherten Person ist die Ausübung entsprechend profilierter Tätigkeiten in dem Umfang zumutbar, wie sie von funktionellem Leistungsvermögen und Vorhandensein/Verfügbarkeit psychischer Ressourcen her eine (Rest-)Arbeitsfähigkeit aufweist, es sei denn, andere als medizinische Gründe stünden der Bejahung der Zumutbarkeit im Einzelfall in invalidenversicherungsrechtlich erheblicher Weise entgegen (vgl. BGE 132 V 393 E. 3.2; vgl. BGE 114 V 286; Urteil des Bundesgerichts I 216/04 vom 16. September 2004 E. 3.2). Das subjektive Empfinden der versicherten Person kann demgegenüber, insbesondere wenn es sich nicht mit der Auffassung der medizinischen Fachleute deckt, für sich allein nicht massgebend sein (Urteil des Bundesgerichts I 677/03 vom 28. Mai 2004 E. 2.3.1 und I 803/05 vom 6. April 2006 E. 4).

2.

Streitig und zu prüfen ist, ob die medizinische Aktenlage die Bemessung des Invaliditätsgrades erlaubt und ob die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt hat.

2.1 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt worden ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese)



abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen).

2.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 104 V 212 E. c; RKUV 1993 Nr. U 167 E. 5a mit weiteren Hinweisen). Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte dem von der Verwaltung bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu beachten (BGE 124 I 175 E. 4; Urteile I 783/05 vom 18. April 2006, und I 506/00 vom 13. Juni 2001). Diese Tatsache lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2, I 663/05 vom 27. November 2006 E. 2.2.2, U 58/06 vom 2. August 2006 E. 2.2 in fine, und I 676/05 vom 13. März 2006 E. 2.4).

3.

Zunächst ist zu prüfen, ob das ABI-Gutachten bzw. das psychiatrische Gutachten des RAD die Kriterien der Beweistauglichkeit erfüllen und somit bei der Bemessung des Invaliditätsgrades darauf abgestellt werden kann.



3.1 Am 4. März 2008 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch und neurologisch im ABI Basel untersucht. Der psychiatrische Gutachter benannte keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: Eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) sowie eine Störung durch multiplen Substanzkonsum (ICD-10 F19.25). Dem Exploranden sei aus psychiatrischer Sicht trotz der geklagten Beschwerden zuzumuten, ganztags in einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu arbeiten. Mit Bezug auf den Bericht der Klinik Valens vom 1. Juni 2004 gab der Psychiater an, für die dort geäußerte Vermutung einer Persönlichkeitsstörung hätten bei der Untersuchung spezifische Merkmale gefehlt. Der Explorand habe keine pathologischen Persönlichkeitsmerkmale gezeigt. Die früheren Konflikte mit dem Gesetz seien auf den damaligen Konsum und Besitz illegaler Drogen zurückzuführen. Depressive Verstimmungen kämen auch bei einer Schmerzverarbeitungsstörung vor. Bei der Untersuchung seien depressive Symptome für die zusätzliche Diagnose einer depressiven Störung nicht genügend ausgeprägt gewesen. Der Explorand sei nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und erhalte keine antidepressive Medikation. Der soziale Rückzug sei durch den Rückzug seiner früheren Kollegen bedingt. Innerhalb seiner Familie habe er gute Kontakte. Ein emotionaler Rückzug bestehe nicht. Die regelmässige Einnahme von Benzodiazepinen als Langzeitmedikation führe im Übrigen zu Konzentrationsstörungen, Verstimmungen und Schlafstörungen (Nebenwirkungen). Allerdings liege eher ein schädlicher Gebrauch solcher Substanzen und nicht eine Benzodiazepinabhängigkeit vor. Im Untersuchungsgespräch habe sich der Explorand gut konzentrieren können. Schwere Konzentrationsstörungen bestünden nicht (vgl. IV-act. 101-13 f.). Dazu führte der RAD am 8. Juli 2008 aus, im psychiatrischen Teilgutachten seien differentialdiagnostische Erhebungen hinsichtlich einer möglichen arbeitsfähigkeitsrelevanten Persönlichkeitsstörung nicht ausreichend durchgeführt, vorliegende anamnestische Informationen nicht verwendet, teilweise falsche Schlussfolgerungen gezogen und die bekannte, angeblich zurückliegende Suchtproblematik bei auffälligen Beschwerden im Sinn von Entzugserscheinung nicht erschöpfend abgeklärt und diskutiert worden. Die vom RAD angeführten Mängel scheinen nachvollziehbar und begründet. Das



psychiatrische Teilgutachten des ABI erscheint für sich allein als nicht beweistauglich (vgl. IV-act. 108).

3.2 Die vom RAD durchgeführte eigene psychiatrische Begutachtung vom 30. September 2008 (vgl. IV-act. 125) benannte - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4), iatrogene Morphin-Abhängigkeit (F11.25), Cannabis-Missbrauch (F12.1) und einen Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge/Probleme bei der Lebensbewältigung (Z73.1). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Status nach Polytoxikomanie (F19.2), ein Status nach Methadon-Substitution 1992 bis 2003 und eine Spinnen- und Insektenphobie (F40.2) erhoben sowie eine Neigung zu Sehstörungen, Tinnitus, Schwitzen/vegetative Beschwerden (DD: Verdacht auf Somatisierungsstörung bzw. Nebenwirkungen der Opiat-Behandlung bzw. zeitweise Entzugsbeschwerden). Die Schmerzsituation erfülle die ICD-Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung; die Beschwerden infolge des HWS-Schleudertraumas hätten sich verselbstständigt, ausgeweitet, seien chronifiziert auf dem Hintergrund der psychosozialen Belastungen und ungünstiger Persönlichkeitszüge. Sie würden durch die körperlichen Befunde nur unzureichend erklärt. Diese Diagnose gehe über die Einordnung der Störung als Schmerzverarbeitungsstörung (Diagnose des psychiatrischen Gutachters des ABI) hinaus. Grund sei die Berücksichtigung der vorhandenen psychosozialen Belastungen und der anzunehmenden inneren Konflikte sowie des Krankheitsgewinns. Diese seien vom ABI-Gutachter nicht in nachvollziehbarer Weise verneint worden. Ausserdem könne eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit unter Dauerbehandlung mit Opiaten vorliegen. Die vegetativen und systematischen Beschwerden würden am ehesten überlappend aus den verschiedenen Ursachen resultieren: In Frage kämen sowohl somatoforme autonome Funktionsstörungen der verschiedenen vegetativen Systeme, Nebenwirkungen der Morphin-Behandlung und Entzugserscheinungen. Aktuell sei keine leichte depressive Episode zusätzlich zu diagnostizieren. Es sei dennoch denkbar, dass früher oder in Zukunft die Ausprägung der Symptome zeitweise die Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt habe oder erfülle. Im psychiatrischen Bereich bestünden - ausgenommen eine verstärkte Erschöpfbarkeit - keine anhaltenden schwerwiegenden Beeinträchtigungen. Die abweichende Einschätzung im Vergleich zum ABI-Gutachten beruhe auf der abweichenden Feststellung einer somatoformen Schmerzstörung und Berücksichtigung der verstärkten multifaktoriellen



Ermüdbarkeit mit Einfluss auf Arbeitstempo und Pausenbedarf. Es liege eine Arbeitsfähigkeit von 80% in bisheriger und adaptierter Tätigkeit seit 04/04 vor (vgl. IV-act. 125). Die Beurteilung und Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin erscheinen plausibel. Das RAD-Gutachten ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Bezüglich der psychiatrischen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzung ist darauf abzustellen.

3.3 Im neurologischen Teilgutachten des ABI wird festgehalten, 12/2007 habe der Explorand (nach 2001) ein weiteres HWS-Distorsionstrauma erlitten. Ein danach durchgeführtes MRI der gesamten Wirbelsäule habe mehrere breitbasige Diskushernien auf verschiedenen Ebenen sowie eine Hernie auf Höhe C4/5 mit Kompression der Wurzel C5 rechts gezeigt. Das letzte Trauma werde vom Explorand aber in seiner Schwere als weniger gravierend eingeordnet. Bei der aktuellen neurologischen Untersuchung ergäbe sich diesbezüglich kein Korrelat. Objektive Ausfälle seien nicht feststellbar, insbesondere nicht im Hinblick auf eine eventuelle Beteiligung der Wurzel C6. Das klinische Bild werde geprägt von einer Schonhaltung, wechselnder Beweglichkeit der HWS sowie Verdeutlichungstendenzen. Die kognitiven Funktionen seien intakt, Hinweise für eine hirnorganische Veränderung nach Polytoxikomanie ergäben sich nicht. Überkopfarbeiten oder langdauernde Tätigkeiten in Zwangshaltungen seien nicht zumutbar. Für alle übrigen, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten, z.B. Büroarbeiten oder Tätigkeiten als EDV-Techniker, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% (vgl. IV-act. 101-16).

3.3.1 Der Beschwerdeführer bemängelt das neurologische Teilgutachten, da wesentliche Befunde im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin veranlassten Begutachtung am ABI Basel vom 15. April 2008 gar nicht bzw. ungenügend gewürdigt worden seien (nämlich die Befunde gemäss Bericht des KSSG vom 19. Januar 2008). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im neurologischen Teilgutachten sei nicht nachvollziehbar begründet. Es könne deshalb nicht auf die Beurteilung des ABI abgestellt werden (act. G 1 Ziffer III/7 ff.). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers werden im neurologischen Teilgutachten die Befunde des KSSG betr. MRI-Untersuchung (Bericht vom 19. Januar 2008) jedoch berücksichtigt (s. unter Punkt "4.2.4 Neurologische Beurteilung"). Der Gutachter nimmt ausführlich Stellung zu den MRI-Befunden (vgl. IV-act. 101-16). Das KSSG selbst kam in einer nach dem



Gutachten (im Mai 2008) durchgeführten EMG-Untersuchung zum Ergebnis, dass keine Hinweise für eine periphere Neuropathie oder Radikulopathie C5/C6 rechts vorlägen, was eine rein sensible Radikulopathie nicht ausschliesse (vgl. IV-act. 121-22). Ebenso zeigte die Abklärung des KSSG bezüglich eines sensibel afferenten Defizits keine abnormen Befunde (vgl. IV-act. 121-24). Diese Berichte bestätigen die Einschätzung des ABI, die auf den erhobenen Befunden sowie den Vorakten beruht. Sodann wird im neurologischen Teilgutachten als Diagnose ein chronisches Zervikalsyndrom, Zustand nach zwei HWS-Distorsionstraumata ohne radikuläre oder medulläre Reiz- oder Ausfallerscheinungen, bei degenerativen Veränderungen der HWS (MRI) genannt (vgl. IV-act. 101-16). Demzufolge geht der Gutachter davon aus, dass die Halswirbelsäule degenerative Veränderungen aufweist. Diese somatischen Befunde sind in der Diagnose des chronischen Zervikalsyndroms enthalten (vgl. IV-act. 101-16); sie werden auch seitens des RAD nicht in Zweifel gezogen. So setzt die RAD-Ärztin im psychiatrischen Gutachten voraus, dass in somatischer Hinsicht ein chronisches Zervikalsyndrom nach zwei HWS-Beschleunigungstraumata mit Sehstörungen ohne radikuläre oder medulläre Reiz- oder Ausfallerscheinungen, bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, leichter Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance sowie Diskushernien L3/4 und L5/S1 sowie C4/5-6/7 vorlägen (vgl. IV-act. 125-10). Folglich ist davon auszugehen, dass die Gutachter die mittels MRI festgestellte Kompression der Wurzel nicht bestreiten. Die Ergebnisse der MRI-Abklärung wurden ausreichend berücksichtigt und in die Diagnosestellung mit einbezogen.

3.3.2 Der Beschwerdeführer bemängelt im Weiteren, die Beurteilung des ABI stehe im Widerspruch zu den später erhobenen Befunden von Dr. med. F.\_\_\_\_. Seinem Bericht sei zu entnehmen, dass in der Kontrastmitteldarstellung auffällige Verwachsungen der Wurzelabgänge C4 beidseits festgestellt worden seien. Zudem habe eine Infiltration der zervikalen Facetten C3-C7 eine erfolgreiche Schmerzlinderung über mehrere Wochen erbracht. Damit sei bewiesen, dass die Schmerzen des Beschwerdeführers ihren strukturell nachweisbaren Ursprung in diesem Gebiet hätten. Dadurch werde die verharmlosende Beurteilung durch das ABI widerlegt (act. G 1 Ziffer III/10 ff.). Dr. med. F.\_\_\_\_ diagnostizierte ein zervikospondylogenes Syndrom in mehreren Etagen mit osteodiscären, degenerativen Veränderungen bei Zustand nach HWS-Distorsionstrauma 01/2001 und lumbospondylogenes Syndrom, Discushernie L3/4 und L5/S1 ohne Neurokompression (vgl. IV-act. 116-5 f.). Der wesentliche



Unterschied zwischen dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ und dem ABI-Gutachten findet sich in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Während das Gutachten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ausgeht, sieht Dr. med. F.\_\_\_\_ eine mindestens um 50% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Es ist zu berücksichtigen, dass die Beurteilung Dr. med. F.\_\_\_\_s aus therapeutischer Sicht erfolgte. Sein Bericht ist daher mit einem gewissen Vorbehalt zu würdigen, denn die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag und Begutachtungsauftrag muss beachtet werden (vgl. [BGE 124 I 175 E. 4](#); Urteile I 783/05 vom 18. April 2006, und I 506/00 vom 13. Juni 2001). Sodann nennt er keine wichtigen (nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende) Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008, E.2.3.2). Zwar stellte Dr. med. F.\_\_\_\_ u.a. auffällige Verwachsungen der Wurzelabgänge C4 beidseitig fest. Bereits die Ärzte des KSSG haben eine Kompression der Nervenwurzel C4 beidseits festgestellt, jedoch kein morphologisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer beschriebenen Leiden vorgefunden. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer davon ausgeht, dass die Infiltration der zervikalen Facetten C3 bis C7 eine erfolgreiche Schmerzlinderung gebracht habe. Dadurch sei bewiesen, dass die Schmerzen ihren strukturell nachweisbaren Ursprung in diesem Gebiet hätten (act. G 1 Ziffer III/10). Dies ist zwar möglich, jedoch könnte der Grund für die Verbesserung ebenso gut in der Umstellung auf die Therapie mit MST liegen, wovon die Ärzte des KSSG im Bericht vom 26. August 2008 ausgehen (vgl. IV-act. 121-29). Dass dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Leiden Überkopfarbeiten oder langdauernde Tätigkeiten in Zwangshaltungen nicht mehr zumutbar seien, erscheint angesichts der Diagnose und der klinischen Befunde plausibel. Die Einschätzung, dass für alle übrigen, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten, z.B. Büroarbeiten oder Tätigkeiten als EDV-Techniker, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. IV-act. 101-16), ist ebenfalls nachvollziehbar. Die Beurteilung des ABI-Gutachters berücksichtigt die Leiden des Beschwerdeführers ausreichend. Das neurologische Teilgutachten des ABI ist vollständig und nachvollziehbar. Der Bericht Dr. med. F.\_\_\_\_s vermag das ABI-Gutachten nicht in Frage zu stellen.

3.4 Bezüglich dem vom Beschwerdeführer nachträglich eingereichten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass dieser nichts über eine allfällige verbleibende Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aussagt. Dr. med.



F.\_\_\_\_ hielt darin lediglich fest, der Beschwerdeführer habe ausser dem traumatischen Ereignis keine anderen pathologischen Befunde die zu narbigen Verwachsungen im Bereich der Wurzeln C4 führen könnten. Nachdem der Beschwerdeführer nachweislich vor seinem Unfall unter keinerlei cervicocephalen Beschwerden gelitten habe, bestehe sowohl ein zeitlicher Zusammenhang als auch ein pathologischer Befund. Eine Unfallkausalität mit den vorliegenden Beschwerden sei überwiegend wahrscheinlich (act. G 25.1). Der RAD hingegen beurteilte nachvollziehbar die peridurale Behandlung via Katheter durch Dr. F.\_\_\_\_ nicht als Methode der Wahl, um Verwachsungen von Nervenabgängen abzuklären. Aufgrund der Ergebnisse der MRI-Untersuchung der HWS 1/08 und der unauffälligen EMG-Untersuchung 5/08 sei die neurogene Auslösung der Schmerzen unwahrscheinlich. Sodann lägen keine Ursachen vor, die das Auftreten solcher Verwachsungen erklären könnten (z.B. eine Verletzung des Gewebes bei einer HWS-Operation; IV-act. 140-3).

3.5 Zwar ist dem Beschwerdeführer darin beizupflichten, dass Nevenverwachsungen neurogene Schmerzen verursachen können (vgl. act. G 1 Ziffer III/9 und III/11; 18 Ziffer III/5), wie dies auch der RAD bestätigt, und dass Befunde auch dann zu berücksichtigen sind, wenn sie nicht mit der "Methode der Wahl" erhoben worden sind. Jedoch konnten im Rahmen der MRI- sowie der EMG-Untersuchungen keinerlei Hinweise gefunden werden, die auf eine neurogene Schmerzauslösung schliessen lassen. Auch die Untersuchungen des ABI-Gutachters führten zu keinem anderen Resultat (vgl. IV-act. 101-16). Sodann ist davon auszugehen, dass die Einstellparameter des MRI-Geräts entsprechend der Fragestellung bestimmt worden sind. Dass die detaillierten Einstellparameter des MRI im Bericht nicht beschrieben sind, entspricht gängiger Praxis. Es ist möglich, dass allfällige Nervenverwachsungen auf den MRI-Bildern vom 18. Januar 2008 nicht erkennbar sind, doch haben die Radiologen eine Kompression der Nervenwurzel C4 beidseits festgestellt (vgl. IV-act. 101-21) und dennoch daraus geschlossen, dass kein morphologisches Korrelat für die Leiden des Beschwerdeführers vorliege. Demzufolge gehen die Ärzte davon aus, dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen Leiden nicht durch die Kompression der Nervenwurzel C4 beidseits ausgelöst werden. Sowohl das EMG vom 5. Mai 2008 und die Abklärung vom 19. Mai 2008 wie auch die neurologische Untersuchung des ABI-Gutachters zeigten alle unauffällige Resultate. Gestützt auf die gesamten Untersuchungsergebnisse sind die Schmerzen des Beschwerdeführers mit



überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine neurogene Ursache zurückzuführen. Aus dem Gesamtkontext der Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich (nur) aufgrund psychischer Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit zu 20% limitiert ist.

3.6 Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt dem Versicherungsträger ein grosser Ermessensspielraum zu, Umfang und Zweckmässigkeit medizinischer Erhebungen zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_163/2007 vom 6. Februar 2008, E. 3.2). Die Beschwerdegegnerin hat im vorliegenden Fall diesen Ermessensspielraum in angemessener Weise genutzt und die durchgeführten Untersuchungen und medizinischen Abklärungen als ausreichend erachtet, um den Sachverhalt genügend und entsprechend dem Grundsatz der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festzustellen. Auf weitere Abklärungen hat die Beschwerdegegnerin verzichten dürfen, sind davon doch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

3.7 Wie aus den Akten hervorgeht, wurde dem Beschwerdeführer das rechtliche Gehör vollumfänglich gewährt. Er hatte Einsicht in die Akten, konnte sich zu den tatsächlichen Fragen äussern und bei der Sachverhaltsfeststellung mitwirken.

4.

4.1 Abschliessend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung des Invaliditätsgrades zu Recht auf das internistisch/allgemeinmedizinische und das neurologische ABI-Gutachten sowie das psychiatrische RAD-Gutachten abgestellt hat. Neurologisch besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers generell um 20% eingeschränkt. Aus den Gutachten ergibt sich somit, dass beim Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von gesamthaft 80% besteht.

4.2 Da der Beschwerdeführer als Selbständigerwerbender tätig war, hat die Beschwerdegegnerin einen Betätigungsvergleich vorgenommen. Dieser basiert jedoch allein auf den Angaben des Versicherten und weicht zudem wesentlich von der in den Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit ab. Auch der Auszug aus dem individuellen Konto (IV-act. 26) weist stark unterschiedliche Einkommen aus und lässt daher keine



abschliessende, zuverlässige Beurteilung des hypothetischen Einkommensverlaufs zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_324/2008 vom 6. Januar 2009, E. 3.2.1). Ein Durchschnittswert wäre somit nicht aussagekräftig. Es rechtfertigt sich überdies, in casu einen Prozentvergleich vorzunehmen (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a, 104 V 135 E. 2). Gemäss dem neurologischen Teilgutachten sind dem Beschwerdeführer Überkopfarbeiten oder langdauernde Tätigkeiten in Zwangshaltungen nicht zumutbar. Für alle übrigen, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten wie z.B. auch Büroarbeiten oder Tätigkeiten als EDV-Techniker bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 101). Aus dem psychiatrischen Gutachten des RAD geht hervor, dass der Beschwerdeführer in bisheriger und adaptierter Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig sei (vgl. IV-act. 125). Daraus folgt, dass der IV-Grad des Beschwerdeführers sicherlich unter 40% liegt und daher keine Rente begründet (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen.

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200.-- bis 1000.-- Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.