



Fall-Nr.: IV 2012/126
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 12.05.2020
Entscheiddatum: 21.01.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 21.01.2015

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung der medizinischen Akten. Rückweisung zur polydisziplinären Begutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Januar 2015, IV 2012/126).

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichter Ralph Jöhl,

Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 21. Januar 2015

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rolf Brägger, Hechtackerstrasse 10, Postfach 246, 9014 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ wurde am 1. Oktober 2008 wegen Multipler Sklerose (MS) im Rahmen der Früherfassung durch seine Arbeitgeberin bei der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 4). Der gelernte Schreiner arbeitete seit 14. Juli 2008 als Lagerist im Rahmen von 50% an einer bis 24. Dezember 2008 befristeten Arbeitsstelle (IV-act. 2, 4). Dr. med. B.____, Facharzt Neurologie der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), hielt als Diagnosen nach ambulanter Untersuchung in der MS-Sprechstunde im Bericht vom 6. Oktober 2008 eine MS, schubförmiger Verlauf, mit Erstsymptomen wahrscheinlich 1992, Erstdiagnose 08/2008 und Schüben in den Jahren 1992, 2001, 08/2008, 09/2008, eine Diskushernie C5/C6 mit mässiger Kompression der C6-Wurzel rechts, einen Verdacht auf Radikulopathie C8 rechts und ein Karpaltunnelsyndrom rechts fest (IV-act. 6-2). Mit Anmeldung vom 24. Oktober 2008 (Eingang bei der IV-Stelle) beantragte der Versicherte Massnahmen zur beruflichen Eingliederung (IV-act. 10).

A.b Gemäss dem Protokoll über das Telefongespräch zwischen RAD-Ärztin Dr. med. C.____ und Dr. B.____ vom 10. November 2008 gab Letzterer an, der Versicherte sei vorerst bis Ende 2008 für alle Tätigkeiten arbeitsunfähig. Er werde wieder eingliederungsfähig sein, aber nicht als Schreiner oder Lagerist, wahrscheinlich für leichte körperliche Arbeiten (IV-act. 24). Laut der kurz zuvor vom Hausarzt Dr. D.____, Allgemeinmedizin FMH, erhaltenen Auskunft arbeitete der Versicherte wieder zu 50% (IV-act. 25-1).

A.c Im Jahr 2009 absolvierte der Versicherte eine Weiterbildung zum Hauswart. Aus medizinischer Sicht befürwortete RAD-Ärztin Dr. C.____ die Tätigkeit als Hauswart auf Grund der körperlichen Belastung allerdings nicht. Auf Grund kognitiver Defizite, insbesondere Konzentrations- und Auffassungsstörungen, bestünden Einschränkungen von 20%. Diese Defizite gelte es bei der Berufsberatung zu berücksichtigen (Triagegespräch vom 5. Mai 2009: IV-act. 48-1, vgl. auch IV-act. 98-27).



St.Galler Gerichte

A.d Gestützt auf eine vom 22. Juni bis 17. Juli 2009 durchgeführte berufliche Abklärung in der BEFAS Appisberg, Abklärungs-/Ausbildungsstätte, attestierten die BEFAS-Verantwortlichen im Schlussbericht vom 17. August 2009 dem Versicherten aktuell eine Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als Logistiker in einem Lager von 60% bis 70%. Im optimalen Fall (Umgang mit leichten Waren, hoher administrativer Anteil) betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % (IV-act. 57-11).

A.e Mit ärztlichem Zeugnis vom 11. November 2009 attestierte Dr. med. E.____, F.____, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung, dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 10. November 2009 bis auf Weiteres (IV-act. 65). Der Versicherte war ab diesem Zeitpunkt bis 3. Dezember 2009 in der Klinik in stationärer Behandlung. Im Zuge seines Aufenthalts wurden psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol mit Abhängigkeitssyndrom, insbesondere mit Störungen der Impulskontrolle (ICD-10: F10.2) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide mit Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.2) diagnostiziert (IV-act. 71, 69).

A.f Die RAD-Ärztin hielt gestützt auf ihr Gespräch mit Dr. med. G.____, Neurologie des KSSG, vom 4. März 2010, fest, dass jener zumindest eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als gegeben erachte. Ein Steigerungspotential sei vorhanden, die Höhe der erreichbaren Arbeitsfähigkeit müsse im Rahmen einer Arbeitserprobung ermittelt werden. Wegen der kognitiven Einbussen und der Beeinträchtigung durch die Fatigue-Symptomatik bestehe im Rahmen der zeitlichen Präsenz gegebenenfalls zusätzlich noch eine Leistungseinbusse von bis zu 20% (in Abhängigkeit von der tatsächlichen Arbeitsaufgabe; IV-act. 77-2).

A.g Gemäss dem Schlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 21. Mai 2010 arbeitete der Versicherte zu 50% im Einsatzprogramm SOHOMET um die Leistungsfähigkeit zu überprüfen. Nach Aussage des Verantwortlichen im SOHOMET waren die Leistungen stark schwankend. An einem guten Tag habe der Versicherte sehr gut und speditiv gearbeitet, jedoch seien mehr als 50% nicht möglich gewesen, an einem schlechten Tag sei fast keine Leistung möglich gewesen. Die stark schwankende gesundheitliche Situation lasse daher keine Eingliederung in der freien Wirtschaft zu. Es sei vereinbart worden, die Arbeitsvermittlung abzuschliessen und den Fall der Rentenprüfung zu übergeben (IV-act. 79). Mit Verfügung vom 12. Juli 2010 wies



St.Galler Gerichte

die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen ab, weil aktuell keine berufliche Eingliederung möglich sei (IV-act. 83).

A.h Im ärztlichen Bericht vom 4. November 2010 über die RAD-Abklärung vom 1. Oktober 2010 kam Dr. med. I.____ zum Schluss, dass eine Veränderung des Gesundheitszustands nach der Arbeitserprobung durch die BEFAS mit einer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80% nicht nachvollziehbar sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bleibe es daher bei den durch die BEFAS getroffenen Feststellungen. Auf Grund des anzunehmenden aktiven regelmässigen Konsums von Alkohol bei bekannter Suchterkrankung sei die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit aus IV-fremden Gründen negativ beeinträchtigt. Eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit und des IV-relevanten Gesundheitsschadens käme bei Deklaration einer Veränderung daher nur nach einer ausreichend langen und ärztlich kontrollierten Abstinenzzeit von mindestens einem halben Jahr in Betracht (IV-act. 91).

A.i Im Vorbescheid vom 6. Dezember 2010 stellte die IV-Stelle eine Abweisung des Rentengesuchs gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 16% in Aussicht (IV-act. 95). Der Versicherte liess dagegen durch seinen Rechtsvertreter am 24. Januar 2011 Einwand erheben (IV-act. 98-1f.).

A.j Mit Schreiben vom 18. Februar 2011 forderte die IV-Stelle gestützt auf die Empfehlung von RAD-Arzt Dr. I.____ (vgl. IV-act. 100) den Versicherten unter dem Titel der Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht zum Verzicht auf Alkoholkonsum auf. Zum Nachweis habe er sich während mindestens sechs Monaten wöchentlichen Urinuntersuchungen und monatlichen Blutuntersuchungen zu unterziehen. Erst nach Einhalten einer sechsmonatigen Alkoholabstinenz könne die Eingliederungsfähigkeit sowie ein Anspruch auf Rente geprüft werden (IV-act. 99). Gemäss dem Verlaufsbericht des Hausarztes vom 22. Juli 2011 konnte der Versicherte die Abstinenz nicht einhalten. Auf Grund einer Verschlechterung und neu insbesondere zunehmender Beschwerden des linken Armes meldete der Hausarzt den Versicherten zur erneuten Abklärung im KSSG an (IV-act. 106). Im Verlaufsbericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 12. September 2011 beschrieb Dr. med. J.____ den Erkrankungsverlauf der MS zuletzt als stabil. Es lägen keine Hinweise einer relevanten Störung vor und anamnestisch habe auch keine relevante Fatigue objektiviert werden können. Hinsichtlich der Schmerzen



und Gefühlsstörungen im Bereich der oberen Extremitäten habe ein beidseitiges, rechtsbetontes, sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom objektiviert werden können. Die Beschwerdesymptomatik sollte sich durch das operative Vorgehen verbessern lassen, wobei eine vollständige Beschwerdefreiheit nicht sicher erwartet werden könne (IV-act. 109-1f.).

A.k Gestützt darauf wurden die behandelnden Ärzte der plastischen Chirurgie des KSSG drei Monate später um Stellungnahme zur Höhe der Arbeitsfähigkeit ersucht (vgl. IV-act. 110, 116). Dr. I.____ folgte am 3. Februar 2012 aus dem knappen Bericht der Abteilung für Handchirurgie des KSSG, dass der Versicherte unter dem Aspekt des Karpaltunnelsyndroms seit Anfang 2012 wieder über eine volle Arbeitsfähigkeit verfüge. Da sich der Zustand bezüglich der MS im Wesentlichen unverändert ausnehme, könne jetzt endgültig davon ausgegangen werden, dass der Versicherte, wie im Rahmen der BEFAS-Abklärung ermittelt, in einer adaptierten Tätigkeit über eine Arbeitsfähigkeit von 80% verfüge (IV-act. 118).

A.l Am 15. Februar 2012 informierte die IV-Stelle den Rechtsvertreter des Versicherten dahingehend, dass sie gestützt auf die vorliegenden Unterlagen am bisherigen Entscheid festhalte und dem Versicherten keine Rente zustehe (IV-act. 119). Dagegen verlangte der Rechtsvertreter im Rahmen einer zweiten Anhörung mit Schreiben vom 24. Februar 2012 die Durchführung einer externen und neutralen medizinischen Begutachtung. Im Übrigen halte er an seinem Einwand vom 24. Januar 2011 fest (IV-act. 120).

A.m Darauf Bezug nehmend befand Dr. I.____, der RAD verfüge über eine ausreichende Dokumentation, um die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beurteilen zu können. Aus diesem Grund sei eine externe medizinische Begutachtung nicht erforderlich (IV-act. 121).

A.n Am 5. März 2012 verfügte die IV-Stelle im Sinne des Vorbescheids eine Abweisung des Rentenbegehrens gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 16% (IV-act. 122).

B.



B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 5. April 2012 mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Eventualiter sei das Verfahren an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie weitere medizinische und berufliche Abklärungen vornehme; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter geltend, es bestehe ein unhaltbarer Widerspruch zwischen der Eingliederungsverfügung vom 12. Juli 2010 und der Rentenverfügung vom 5. März 2012, da die beruflichen Abklärungen ergeben hätten, dass eine Eingliederung des Beschwerdeführers wegen dessen gesundheitlichen Schwankungen nicht möglich sei. Daraus folge, dass der Beschwerdeführer im Grunde genommen als bis zu 100% arbeitsunfähig eingestuft werden müsste. Zudem sei der RAD-Bericht vom 4. November 2010 für die medizinische Beurteilung des Falles völlig ungenügend. Auf Grund der unterschiedlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der BEFAS, des SOHOMET und des KSSG sei eine neutrale medizinische Gesamtbegutachtung unumgänglich. Die RAD-Beurteilungen könnten eine solche Begutachtung nicht ersetzen, weshalb das Verfahren an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei. Im Weiteren seien auch das verwendete Valideneinkommen deutlich zu tief und das Invalideneinkommen zu hoch geraten. Vielmehr ergebe eine korrekte Berechnung IV-Grade von 53.8% resp. 52% und damit einen Anspruch auf eine halbe Rente. Würde aber das Ergebnis der beruflichen Eingliederung als Basis genommen, müsste sogar von einer bis 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, was eine noch höhere IV-Rente zur Folge haben würde (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 15. Juni 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei auf Grund des Alkoholabusus tatsächlich eingeschränkt. Deshalb sei er offenbar nicht eingliederungsfähig. Der Alkoholabusus sei jedoch eine IV-fremde Ursache für die Arbeitsunfähigkeit und dürfe im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Da die MS zudem schubförmig verlaufe und der Beschwerdeführer schon länger keinen Schub gehabt habe, sei die Arbeitsfähigkeit durch die MS zurzeit nicht eingeschränkt. In einer leichten adaptierten Tätigkeit bestehe somit aus IV-rechtlicher (jedoch nicht medizinischer) Sicht eine Leistungsfähigkeit von 100% der Norm. Damit liege offensichtlich keine rentenbegründende Invalidität vor. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht nötig und auf Grund des regelmässigen Alkoholkonsums



ohnehin nicht zielführend (act. G 4). Die Frist für die Einreichung einer Replik liess der Beschwerdeführer unbenützt verstreichen.

B.c Mit Schreiben vom 17. Juli 2013 teilte Rechtsanwalt lic. iur. R. Brägger, St. Gallen, dem Gericht die Übernahme der Interessenvertretung des Beschwerdeführers mit act. G 7).

Erwägungen:

1.

Vorliegend streitig und zu prüfen ist die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist 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 (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.2 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). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Gericht und Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C_73/2011, E. 4.1). Wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt wurde, kann das Gericht die Angelegenheit zu weiterer Abklärung und neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen.

2.

2.1 Vorliegend ist zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügeliche Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Als zentrale Diagnosen liegen eine MS, schubförmiger Verlauf (Erstsymptomatik wahrscheinlich 1992, Erstdiagnose August 2008, Schübe 1992, 2001, August 2008, September 2008), ein Status nach Diskushernie C5/C6 mit Nervenwurzelkompression C6 und C7 (IV-act. 91-3, vgl. auch 18, 28-1) sowie ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit aktivem Substanzgebrauch und anamnestisch ein Cannabisabusus vor (IV-act. 69, 91-3).

2.2 Im BEFAS-Schlussbericht vom 17. August 2009 hielt der Berufsberater fest, dass im angestammten Berufsfeld (Schreinerei) unter Appisberg-Bedingungen zwar eine



Arbeits- und Leistungsfähigkeit von zeitweilig 80% habe realisiert werden können, eine solche auf Dauer jedoch auf dem freien Arbeitsmarkt (grössere körperliche Anforderungen) keinesfalls umsetzbar wäre. Für den Lagerbereich habe sich unter behinderungsangepassten Arbeitsverhältnissen (mit Verweis auf die ärztliche Beurteilung) eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% und für Arbeiten, wie sie für einen Hauswart typisch seien, eine solche von lediglich 50% gezeigt. Zusammenfassend kamen die Abklärungsverantwortlichen zum Schluss, dass bei einer angepassten Tätigkeit aktuell eine Restarbeitsfähigkeit von 60% bis 70% als Logistiker in einem Lager attestiert werden könne, im optimalen Fall (Umgang mit leichten Waren, hoher administrativer Anteil) die Arbeitsfähigkeit mit 80% beziffert werden könne (IV-act. 57-10f.). Dr. G.____ schilderte im Verlaufsbericht vom 8. Februar 2010, dass sich der Beschwerdeführer am 14. September 2009 ausserplanmässig in der MS-Sprechstunde eingefunden habe. Er habe über ungerichteten Schwankschwindel ein bis zwei Stunden morgens und über Kribbelparästhesien nach körperlicher Belastung berichtet. Ferner spüre er vermehrte Müdigkeit nach körperlicher Belastung. In der Sprechstunde vom 16. November 2009 habe er angegeben, dass seit dem letzten Kontakt die Hypästhesie der linken Hand und des rechten Arms mehrmals am Tag für jeweils zwei bis drei Minuten zugenommen habe. Ferner habe er den ganzen Tag anhaltende Rückenschmerzen, jedoch hätten die ungerichteten Schwankschwindel abgenommen. Dr. G.____ schätzte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf 50%; hinsichtlich der Frage, wie viele Stunden pro Tag und Woche er arbeitsfähig sei, empfahl der Neurologe jedoch die Vornahme einer Begutachtung (IV-act. 73). Im Gespräch mit der RAD-Ärztin vom 4. März 2010 äusserte Dr. G.____ wiederum, dass eine zumindest 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mit Steigerungspotential gegeben sei. Die Höhe der erreichbaren Arbeitsfähigkeit müsse aber im Rahmen einer Arbeitserprobung ermittelt werden, vorstellbar sei eine Steigerung der zeitlichen Präsenz (in 10%-Schritten) auf 60% bis 70%, eventuell maximal auf 80%. Wegen der kognitiven Einbussen und der Beeinträchtigung durch die Fatigue-Symptomatik bestehe im Rahmen der zeitlichen Präsenz gegebenenfalls zusätzlich noch eine Leistungseinbusse von bis zu 20% (in Abhängigkeit von der tatsächlichen Arbeitsaufgabe; IV-act. 74-1).

2.3 Anlässlich der RAD-Abklärung vom 1. Oktober 2010 nahmen neben dem Beschwerdeführer und den RAD-Ärzten Dr. I.____ und Dr. med. K.____, Facharzt für



Psychiatrie und Psychotherapie FMH, auch der zuständige IV-Fachmitarbeiter und die IV-Sachbearbeiterin teil. Im darauf gestützten Bericht vom 4. November 2010 kam RAD-Arzt Dr. I.____ zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine Veränderung des Gesundheitszustands seit der Arbeitserprobung durch die BEFAS Appisberg nachvollziehbar sei. Daher bleibe es aus versicherungsmedizinischer Sicht bei den durch die BEFAS getroffenen Feststellungen und Beurteilungen zur Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit bzw. bei einer adaptierten Arbeitsfähigkeit von 80%. Schliesslich sei die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit auf Grund des anzunehmenden aktiven regelmässigen Konsums von Alkohol bei bekannter Suchterkrankung aus IV-fremden Gründen negativ beeinträchtigt. Eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit und des IV-relevanten Gesundheitsschadens käme bei Deklaration einer Veränderung daher allenfalls nur nach einer ausreichend langen und ärztlich kontrollierten Abstinenzzeit von mindestens einem halben Jahr in Betracht (IV-act. 91). Nachdem der Beschwerdeführer die ihm auferlegte Abstinenzzeit von sechs Monaten jedoch nicht eingehalten hatte (IV-act. 106), wurde bei der Klinik für Neurologie des KSSG ein Verlaufsbericht eingeholt. Die Untersuchung in der MS-Sprechstunde vom 5. September 2011 ergab bei gut vertragener Immunmodulation mit Glatirameracetat (Copaxone®) einen stabilen Erkrankungsverlauf. Schübe oder schubverdächtige Ereignisse seien nicht aufgetreten. Gemäss durchgeführten Screenings liege auch keine relevante Fatigue vor (IV-act. 109-3f.). Im Verlaufsbericht vom 12. September 2011 hielt Dr. J.____, Neurologie KSSG, ebenfalls fest, dass der Zustand bezüglich der MS im Wesentlichen unverändert sei. Eine Befundverschlechterung habe sich bezüglich des Karpaltunnelsyndroms ergeben. Diesbezüglich sei eine operative Sanierung vorgesehen (IV-act. 109-2). Gestützt darauf hielt Dr. I.____ in der Stellungnahme vom 20. September 2011 fest, dass der Versicherte seit der RAD-Abklärung vom 4. November (2010) keinen neuen MS-Schub durchgemacht habe. Die MS zeige einen stationären Verlauf (IV-act. 110). Nach Eingang des Berichts der Abteilung für Handchirurgie bezüglich der zur Behandlung des beidseitigen rechtsbetonten Karpaltunnelsyndroms erfolgten Dekompressionsoperation ging Dr. I.____ in der Stellungnahme vom 3. Februar 2012 davon aus, dass der Beschwerdeführer unter dem Aspekt des Karpaltunnelsyndroms seit Anfang 2012 wieder über eine volle Arbeitsfähigkeit verfüge. Da sich der Zustand bezüglich der MS



im Wesentlichen unverändert ausnehme, sei der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig (IV-act. 118).

2.4 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bringt vor, dass die Abklärung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im SOHOMET gegen die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD spreche (vgl. act. G 1). Gemäss dem Programm-Verantwortlichen sei nach den stark schwankenden Leistungen und nach dem aktuell präsentierten Gesundheitszustand eine Eingliederung in die freie Wirtschaft nicht möglich (IV-act. 58, 78). SOHOMET wurde als Programm mit Abklärungs- und Wiedereingliederungsteil für erwerbslose Menschen geschaffen, um in Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen wie RAV, IV, SUVA und Gemeinden erwerbslose Menschen auf ihrem Weg zurück in den primären Arbeitsmarkt zu begleiten. Im Abklärungsteil wird die noch mögliche Arbeitsfähigkeit festgestellt und trainiert. Das Programm ist leistungsorientiert, das übergeordnete Lernziel ist die Förderung von berufsrelevanten Schlüsselqualifikationen (vgl.: <http://www.businesshouse.ch/sohomet.html>, Abfrage vom 21. November 2014). In medizinischer Hinsicht findet jedoch keine Abklärung statt. Weiter ist zu berücksichtigen, dass beim Beschwerdeführer während der Abklärung im SOHOMET gravierende Probleme mit den Handgelenken dazukamen und er sogar auf das Tragen einer Schiene angewiesen war (IV-act. 78-2), während das anamnestisch vermerkte Karpaltunnelsyndrom rechts während der Beobachtungszeit in Appisberg noch keine klinische Manifestation gezeigt hatte (vgl. IV-act. 57-8). Dennoch lassen die beträchtlich schlechteren Leistungen des Beschwerdeführers im SOHOMET daran zweifeln, dass der Beschwerdeführer über eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 80% verfügt, wie ihm die BEFAS-Verantwortlichen im Schlussbericht vom 17. August 2009 für eine speziell leidensangepasste Tätigkeit attestiert haben und wovon die Beschwerdegegnerin ausgeht.

2.5 Dazu gilt es weiter zu berücksichtigen, dass der BEFAS-Bericht in medizinischer Hinsicht einzig eine Untersuchung durch einen Rheumatologen enthielt. Für die zumutbare Arbeitsfähigkeit gab der BEFAS-Bericht sodann eine relativ grosse Bandbreite an. Während er grundsätzlich für den Lagerbereich unter behinderungsangepassten Arbeitsverhältnissen eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% festhielt, sah er nur gerade in der Funktion als Logistiker in einem Lager mit leichtem



Sortiment (wie beispielsweise in der Pharmaindustrie) eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei optimal behinderungsadaptierten Tätigkeiten von 80% als gegeben. Hier müssten administrative Arbeiten am PC und in der Disposition einen wesentlichen Anteil einnehmen, wofür der Beschwerdeführer aber auszubilden wäre (vgl. IV-act. 57-10). Nachdem der Beschwerdeführer jedoch über keine solche Ausbildung verfügt und ihm die Beschwerdegegnerin auch keine in Aussicht stellte, hätte sie nicht ohne weitere Abklärungen auf eine Arbeitsfähigkeit von 80% abstellen dürfen.

2.6 Weiter lassen auch die Feststellungen des Neurologen Dr. G.____ Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Beschwerdegegnerin aufkommen. So empfahl Dr. G.____ in seinem Verlaufsbericht vom 8. Februar 2010, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine Begutachtung vorzunehmen (IV-act. 73). Zudem hielt er es zwar für vorstellbar, die zeitliche Präsenz (in 10%-Schritten) auf 60% bis 70%, eventuell maximal auf 80% zu steigern. Er sah jedoch auf Grund der kognitiven Einbussen und der Beeinträchtigung durch die Fatigue-Symptomatik - deren Ursprung in den Akten unklar bleibt - im Rahmen dieser zeitlichen Präsenz gegebenenfalls eine zusätzliche Leistungseinbusse von bis zu 20% (vgl. IV-act. 74-1).

2.7 Schliesslich fällt auf, dass vor der Einweisung in die Klinik F.____ am 10. November 2009 mittels Fürsorgerischer Freiheitsentziehung (FFE) weder im BEFAS-Bericht noch in den übrigen Akten je eine Alkohol- bzw. Suchtmittelabhängigkeit erwähnt worden waren. Erst im Bericht der Psychiatrie-Dienste Süd vom 24. Dezember 2009 wurden psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit Abhängigkeitssyndrom, insbesondere mit Störungen der Impulskontrolle (F10.2), sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide mit Abhängigkeitssyndrom (F12.2) diagnostiziert. Zum Einweisungsgrund wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe bei einem Termin bei der Arbeitslosenkasse L.____ so bedrohlich gewirkt, dass er mittels FFE in die Klinik eingewiesen worden sei (IV-act. 87).

2.8 Schliesslich handelt es sich bei der RAD-Abklärung vom 1. Oktober 2010 weniger um eine medizinische Abklärung als um ein Gespräch zwischen dem Beschwerdeführer, den RAD-Ärzten Dr. I.____ und Dr. K.____ und zwei IV-Sachbearbeitern. Als Gegenstand der Abklärung - ohne eingehende somatische bzw.



psychiatrische Untersuchung - definierten die RAD-Ärzte denn auch die Gewinnung eines klinischen Eindrucks mit Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und einer Erörterung der weiteren eingliederungswirksamen Schritte sowie möglicher Bedingungen für deren Inangriffnahme.

3.

Nach dem Gesagten fehlt es an einer fachmedizinisch schlüssigen Begutachtung der gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in den einzelnen Fachrichtungen, welche die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden oder die aus den Akten sichtbaren Störungsbilder betreffen. Weiter fehlt es an einer gesamtheitlichen Würdigung des Gesundheitszustandes mit Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit, ausgehend von der Begutachtung in den verschiedenen relevanten Fachrichtungen. Da die Beschwerdegegnerin trotz divergierender Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit keine medizinischen Untersuchungen vornehmen liess bzw. keine medizinische Expertise einholte, erweist es sich als geboten, die Sache zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dieses Gutachten wird sich namentlich in rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht zum Gesundheitszustand und zu dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern müssen.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stellt sich schliesslich auf den Standpunkt, eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch das von der Klinik F.____ diagnostizierte Suchtverhalten dürfe IV-rechtlich nicht berücksichtigt werden.

4.2 Gemäss ständiger Rechtsprechung begründen Alkohol- oder Drogensucht für sich allein keine Invalidität, sondern nur in Verbindung mit einem die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden geistigen, körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der zur Sucht geführt hat oder als deren Folge eingetreten ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2007, I 313/06, E. 2.3 mit Hinweisen sowie BGE 124 V 268 E. 3c mit Hinweis). Ob die Sucht ursächlich für eine andere



Gesundheitsschädigung war oder erst in Folge einer solchen auftrat, ist in einem solchen Fall nicht mehr von Belang. Erforderlich ist lediglich, dass auch ein anderer Gesundheitsschaden vorliegt, der mit der Sucht in Zusammenhang steht. Ist dies erfüllt, so geht es nicht etwa darum, den auf die Sucht entfallenden Anteil der Arbeitsunfähigkeit abzuspalten und als nicht invalidisierend zu bezeichnen. Vielmehr ist bei Bejahung eines solchen Zusammenhangs mit einer anderen Erkrankung auch die Sucht vollumfänglich zu berücksichtigen (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2009, IV 2008/307, E. 2.1). Vorliegend wurde medizinisch nicht abgeklärt, ob das Suchtverhalten eine Folge der bestehenden MS, der Rückenproblematik oder eines sonstigen Gesundheitsschadens ist oder selber gesundheitliche Störungen ausgelöst hat. RAD-Arzt Dr. I. ___ wies im Abklärungsbericht vom 4. November 2010 lediglich darauf hin, dass im Rahmen der medizinischen Abklärungen erst im Januar 2010 deutlich geworden sei, dass der Beschwerdeführer nicht nur unter einer MS und unter cervicobrachialen Beschwerden, sondern auch unter einem Suchtverhalten im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms durch den Gebrauch von Alkohol und von Cannabinoiden leide. Von dieser Diagnose, welche erstmals von der Klinik F. ___ dokumentiert worden und Anlass einer FFE-Einweisung gewesen sei, hätten die Neurologen auf Grund ihrer Berichte offensichtlich keine Kenntnis gehabt. Auch während der Eingliederungsmassnahmen sei das zu unterstellende Suchtverhalten bei den involvierten Berufsberatern und Eingliederungsverantwortlichen nicht als ein die Eingliederungsfähigkeit beeinträchtigender Faktor wahrgenommen worden (IV-act. 91-1). Einzig gestützt darauf eine allfällige Auswirkung des Suchtverhaltens auf die Arbeitsfähigkeit als IV-fremd anzunehmen und damit unberücksichtigt zu belassen, überzeugt nicht. Das von der Beschwerdegegnerin einzuholende Gutachten wird darüber Auskunft geben müssen, ob die Suchterkrankung des Beschwerdeführers Ursache einer gesundheitlichen Störung bildet oder Folge eines anderen, namentlich psychischen, Leidens ist, das die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und von der Suchtmittelabhängigkeit überlagert wird.

5.

Hinsichtlich des Einkommensvergleichs macht der Beschwerdeführer geltend, dass beim Valideneinkommen zu Unrecht vom Lohn ausgegangen worden sei, den er im Jahr 2008 als Schreiner bei der M. ___ verdient habe (vgl. zum Lohn IV-act. 20-9). Da er



in den Jahren 2001 und 2002 jeweils mehr als Fr. 65'000.-- und im Jahr 2004 mehr als Fr. 63'000.-- verdient habe, sei schwer vorstellbar, dass er heute als Schreiner im Validenfall nicht mindestens Fr. 65'000.-- (13 x Fr. 5'000.--) verdienen würde (act. G 1). Welchen Lohn der Beschwerdeführer in den genannten Jahren 2001, 2002 und 2004 als Schreiner tatsächlich erzielte, kann den Akten nicht entnommen werden.

Insbesondere fehlt auch ein IK-Auszug. Die Beschwerdegegnerin wird im Zusammenhang mit dem Einkommensvergleich zu prüfen haben, welchen Verdienst der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall erzielt hätte, wobei es naheliegend erscheint, für die Bemessung des Valideneinkommens auf die durchschnittliche Karriere eines Schreiners abzustellen, zumal die Erstsymptome der MS schon relativ früh, wahrscheinlich bereits im Jahre 1992, eintraten und das berufliche Fortkommen des Beschwerdeführers beeinflusst haben dürften (vgl. IV-act. 6-2).

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2012 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss des Beschwerdeführers von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.

6.3 Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Vertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. In der vorliegend zu beurteilenden



St.Galler Gerichte

Angelegenheit erscheint mit Blick auf den Aufwand und auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 5. März 2012 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin bezahlt dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).