



**Fall-Nr.:** IV 2017/306  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.03.2020  
**Entscheiddatum:** 30.08.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 30.08.2019**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG: Das den Anforderungen der Rechtsprechung genügende Gutachten attestiert polydisziplinär eine Arbeitsfähigkeit von 50% (neurologisch: 60%, ophthalmologisch: 90%, nephrologisch 80%). Aufgrund der Anzahl, Kombination und Mannigfaltigkeit der Leiden und Einschränkungen ist die Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwertbar. Der Beschwerdeführer hat somit ab 1. Januar 2015 Anspruch auf eine ganze Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. August 2019, IV 2017/306).**

#### **Entscheid vom 30. August 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/306

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Anwälte AG,  
Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 18. Juni 2015 wegen schwerer Folgeschäden seines Diabetes bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 18).

**A.b.** Der Versicherte hatte am 3. September 2009 ein erstes Gesuch um berufliche Massnahmen gestellt, nachdem ihm die damalige Stelle als Industriemeister bei der B.\_\_\_\_ AG aus wirtschaftlichen Gründen (Verkauf des Betriebs) nach 29 Jahren Betriebszugehörigkeit gekündigt worden war (vgl. Angaben Arbeitgeberin vom 24. September 2009, IV-act. 12-1 ff., und IV-act. 83-13). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte den Versicherten im Auftrag des Krankentaggeldversicherers begutachtet und eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23) diagnostiziert, welche auf dem freien Arbeitsmarkt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe (Gutachten vom 7. September 2009, Fremdakten, act. 1-2 ff.). Die IV-Stelle hatte mit Verfügung vom 26. November 2009 einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung verneint, da keine gesundheitsbedingte Beeinträchtigung bei der Stellensuche bestehe (IV-act. 16). Ab 5. Juli 2010 war der Versicherte als Mitarbeiter Qualitätssicherung bei der D.\_\_\_\_ AG tätig (Angaben Arbeitgeberin vom 22. Juli 2015, IV-act. 32).

**A.c.** Beim Versicherten war im Jahre 2005 ein schwer einstellbarer Diabetes mellitus Typ 2 erstdiagnostiziert worden (Bericht der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom



10. Oktober 2014, IV-act. 46-2). Im November 2006 war ein akutes Koronarsyndrom mit minimaler Nekrose festgestellt worden und im Mai 2007 ein akut PCI/Stenting des mittleren RIVA bei schwerer Stenose erfolgt (Berichte der Klinik für Kardiologie des KSSG vom 11. Dezember 2014, IV-act. 54, und vom 28. April 2015, IV-act. 34). Seit einer Bursektomie wegen chronischer Bursitis olecrani im Juni / Juli 2014 hatte sich der Versicherte nach eigener Angabe müde, kraftlos und weniger leistungsfähig gefühlt und die Blutdruckwerte waren deutlich erhöht (Bericht der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG vom 10. Oktober 2014, IV-act. 46-2). In der Klinik für Nephrologie / Transplantationsmedizin des KSSG war gemäss Bericht vom 30. Oktober 2014 eine chronische Niereninsuffizienz KDIGO Stadium G3b A3 bei hochgradigem Verdacht auf diabetische Nephropathie diagnostiziert worden (IV-act. 55). Im Zentrum für Schlafmedizin des KSSG hatte sich im Januar 2015 ein schwergradiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom gezeigt (CPAP-Kurzbrief vom 3. Juli 2015, IV-act. 36). Gemäss Dr. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, war der Versicherte ab Februar 2015 arbeitsunfähig geschrieben wegen einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Durchblutungsstörungen im Gehirn, Erhöhung der Nierenwerte sowie einer Herzgefässerkrankung (ärztliches Zeugnis vom 25. Juni 2015, IV-act. 24). Im Bericht der Klinik für Neurologie KSSG vom 16. März 2015 war festgehalten worden, der Versicherte beklage seit September oder Oktober 2014 ein "nebligtes Gefühl" im Kopf und sei seither gangunsicher. In Phasen ausgeprägter Gangunsicherheit seien ihm manchmal Koordinationsstörungen der rechten Hand aufgefallen, welche jeweils ca. 5 bis 15 Minuten andauerten. In letzter Zeit habe er häufig Arbeitsausfälle wegen der Gangunsicherheit. Diagnostiziert wurden mehrzeitige cerebrale Ischämien vorwiegend im Mediastromgebiet rechts (Erstdiagnose MRI vom 15. März 2015) sowie eine ausgeprägte vaskuläre Leukenzephalopathie mit klinischer Gangunsicherheit und "nebligem Gefühl" im Kopf und es wurde der Verdacht auf eine Polyneuropathie, am ehesten diabetisch bedingt, erhoben (IV-act. 50). Die neurologische Klinik des KSSG hatte den Versicherten zur Abklärung der festgestellten Ischämien an die Klinik für Kardiologie des KSSG überwiesen. Dort wurde als Diagnose eine koronare und hypertensive Herzkrankheit festgehalten. Der kardiopulmonale Zustand sei kompensiert. Als mögliche Emboliequelle wurden arteriosklerotische Plaques im Bereich des Aortenbogens in



Betracht gezogen (Bericht Klinik für Kardiologie KSSG vom 28. April 2015, IV-act. 34-2 ff.).

**A.d.** RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, nahm am 22. Juli und 21. Oktober 2015 im Wesentlichen dahingehend Stellung, dass sich der Gesundheitszustand seit der Referenzsituation spätestens ab der Bescheinigung einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit verändert habe (IV-act. 30-2, IV-act. 57). Auf Anfrage des RAD bzw. der IV-Stelle (IV-act. 59) führte Dr. E.\_\_\_\_ am 7. Januar 2016 aus, nach wie vor klage der Versicherte über ausgeprägten Schwindel, ein Gefühl, "wie im Nebel zu sein", eine Geh-unsicherheit sowie eine Hypästhesie und Dysästhesie armbetont an der rechten Körperhälfte. Hingegen könne die Einstellung des Blutzuckers als befriedigend angesehen werden. Die Nierenfunktion sei in etwa konstant. Die Krankheit wie auch die Medikation führten zu einer ausgeprägten Müdigkeit, auch zu einer Verminderung des Antriebs, die auf eine latent bestehende Depression hindeute (IV-act. 64-1).

**A.e.** Die IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 8. Juni 2016 das Gesuch bezüglich beruflicher Massnahmen ab, da solche aufgrund des Gesundheitszustandes aktuell nicht möglich seien (IV-act. 77).

**A.f.** Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte durch die Ärztliches Begutachtungsinstitut (ABI) GmbH Basel begutachtet (Gutachten vom 27. September 2016; Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeine innere Medizin und Nephrologie; Dr. med. H.\_\_\_\_, Psychiatrie; Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurologie; Dr. phil. J.\_\_\_\_, Neuropsychologie; Dr. med. K.\_\_\_\_, Rheumatologie; Dr. med. L.\_\_\_\_, Ophthalmologie; Untersuchungen 22. bis 24. August 2016). Der neurologische Gutachter führte aus, es ergebe sich eine Vielzahl qualitativer Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Für adaptierte körperlich leichte Arbeiten sei aufgrund der Verlangsamung auch bei ganztägiger Präsenz nur mit der Leistung von vier bis fünf Stunden eines vergleichbaren Gesunden zu rechnen. Neurologischerseits sei eine Arbeitsfähigkeit von 60% anzunehmen (IV-act. 83-24, 34 f.). Die nephrologische Gutachterin attestierte für körperlich leichte bis mittelschwer belastende Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% (IV-act. 83-25, 34) und die ophthalmologische Expertin eine solche von 10% für Tätigkeiten, welche ein durchschnittliches Sehvermögen erforderten (IV-act. 83-32). Aus Sicht der übrigen



Fachrichtungen wurde für leidensangepasste Tätigkeiten keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Aus polydisziplinärer Sicht wurde ausgeführt, für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten bestehe bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten, optimal adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%, über fünf bis acht Stunden pro Tag bzw. vollschichtig realisierbar, je nach Möglichkeit, Pausen einzuschalten oder stundenweise zu arbeiten. Die Einschränkungen aus polydisziplinärer Sicht ergänzten sich überwiegend, seien aber bei der ausgesprochenen Polymorbidität partiell additiv (IV-act. 83-34, 36). Die Anforderungen an eine geeignete Tätigkeit seien relativ hoch, so dass die Aussicht, eine solche Tätigkeit in der freien Marktwirtschaft zu finden, relativ gering sei (IV-act. 83-34).

**A.g.** RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ würdigte am 11. Oktober 2016 das Gutachten: Die versicherungsmedizinischen Anforderungen seien erfüllt, es könne darauf abgestellt werden (IV-act. 84).

**A.h.** Im Protokoll des Assessmentgesprächs vom 3. November 2016 vermerkte die Eingliederungsverantwortliche, der Versicherte fühle sich subjektiv keineswegs in der Lage, irgendwann wieder einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Auch einen Arbeitsversuch könne er sich nicht vorstellen, da er ja nicht einmal zu Hause "etwas machen" könne (IV-act. 90-3). Nach nochmaligem Gespräch mit dem Versicherten und mit Dr. E.\_\_\_\_ schloss sie den Fall am 13. Dezember 2016 ab (IV-act. 90-5), worauf die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abwies (Mitteilung vom 3. Januar 2017, IV-act. 95).

**A.i.** Mit Vorbescheid vom 23. Januar 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Zusprache einer halben Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2016 (IV-act. 99). Mit Einwand vom 31. März 2017 liess der Versicherte geltend machen, er verfüge auch in einer optimal angepassten Tätigkeit über keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit. Dem Gutachten sei keine nachvollziehbare Gesamtbeurteilung und kein ausführlicher Beschrieb der angeblich zumutbaren Verweistätigkeit zu entnehmen. Die aus neurologischer Sicht angegebene Arbeitsfähigkeit von 60% beziehe sich auf die maximale Leistungsfähigkeit vom 5 Stunden. Es sei jedoch vom Durchschnitt von 4,5 Stunden auszugehen, so dass sich



lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 53,9% ergebe. Unter Berücksichtigung der übrigen gemäss Gutachten partiell additiven Teilarbeitsunfähigkeiten resultiere eine Restarbeitsfähigkeit von 43,9%. Bei realistischer Betrachtungsweise könne aufgrund der enormen qualitativen Einschränkungen nicht mehr von einer Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Somit stehe ihm ab 1. Januar 2016 eine ganze Rente zu. Werde dem nicht gefolgt, rechtfertige sich ein Tabellenlohnabzug von 20%. Damit resultiere ein Invaliditätsgrad von 65% (IV-act. 108).

**A.j.** Am 11. April 2017 reichte der Versicherte eine Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom Vortag ein (IV-act. 111-1 f.). Gemäss dieser sei er mit Sicherheit nicht arbeitsfähig. Einerseits liege ein Diabetes mellitus mit Polyneuropathie, Nephropathie und Retinopathie vor. Dies erkläre die Gefühlsstörungen in den Extremitäten sowie die Sehverminderung. Die ebenfalls ausgeprägte Müdigkeit sei auf die Folgen des Nierenschadens und der Zuckerkrankheit zurückzuführen. Daneben hätten mehrere kleine Hirninfarkte zu einer auch im MRI feststellbaren Veränderung geführt. Sie gehe einher mit ausgeprägten Schwindelzuständen und Gangunsicherheit. Auch seien die Gedächtnis- und kognitiven Leistungen deutlich eingeschränkt. Der Versuch der Eingliederung in den Arbeitsprozess sei aus medizinischen Gründen sinnlos (IV-act. 111-3).

**A.k.** Mit Verfügung vom 25. Juli 2017 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. Januar 2016 eine halbe Rente zu. Das Gutachten sei durch den RAD beurteilt worden. Es entspreche den versicherungsmedizinischen Anforderungen, weshalb darauf abzustellen sei. Gesamtmedizinisch bestehe unter den genannten Adaptationskriterien eine Leistungsfähigkeit von 50%. Ein Teilzeitabzug sei nicht anzurechnen, da grundsätzlich eine volle Präsenzzeit zumutbar sei. Ein Leidensabzug sei nicht zu gewähren, weil auch mit den genannten Adaptationskriterien auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend Tätigkeiten offenstünden. Bis zur ordentlichen Pensionierung verbleibe dem Versicherten genügend Zeit, um sich in eine neue Tätigkeit einzuarbeiten. Die zusätzlich benötigten Pausen seien in der attestierten Leistungsfähigkeit von 50% bereits berücksichtigt. Die Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ umschreibe im Wesentlichen dieselben Symptome und Diagnosen, die bereits im Gutachten ausführlich und kritisch untersucht worden seien (IV-act. 114, 112).



**A.I.** Auf Veranlassung des RAD wurde die ABI zur Stellungnahme aufgefordert (IV-act. 119; IV-act. 120). Sie führte am 27. Oktober 2017 im Wesentlichen aus, Dr. E.\_\_\_\_ erwähne keine weiteren Diagnosen und setze sich nicht mit dem Gutachten auseinander. Es sei nicht ersichtlich, weshalb die hausärztliche Meinung die polydisziplinäre gutachterliche Einschätzung in irgendeiner Weise umstossen oder tangieren könnte (IV-act. 126). Der RAD schloss sich dem am 7. November 2017 vorbehaltlos an. Auf das Gutachten könne weiterhin vollumfänglich abgestützt werden (IV-act. 127).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 25. Juli 2017 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. M. Kuhn, am 31. August 2017 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und ihm ab 1. Dezember 2015 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dass bei den im Gutachten aufgeführten Diagnosen lediglich eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit resultiere, sei nicht nachvollziehbar. Ausgehend von einer Leistungsfähigkeit während 4,5 Stunden täglich aus neurologischer Sicht ergebe sich insgesamt lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 43,9%. Die notwendige fachliche Qualifikation des neuropsychologischen Gutachters sei anzuzweifeln. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung beruhe bis zum Zeitpunkt der Begutachtung auf einer Annahme und sei erst ab diesem Zeitpunkt überwiegend wahrscheinlich. Somit habe er ab 1. Dezember 2015 bis mindestens Ende Dezember 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Es stehe ihm ein Teilzeitabzug vom Invalideneinkommen von mindestens 10% zu; eine volle Präsenzzeit könne ihm nicht zugemutet werden. Er unterliege selbst für leichte Tätigkeiten zahlreichen Einschränkungen. Sodann verfüge er nur noch über einige Jahre zur Ausübung einer aktiven Berufstätigkeit und der erforderliche Berufswechsel wirke sich ebenfalls nachteilig auf den Lohn aus. Insgesamt erscheine ein Tabellenlohnabzug von 20% als angemessen, womit er Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe. Aufgrund der enormen qualitativen Einschränkungen sei die medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwertbar, zumal die zuletzt ausgeübte Kontrolltätigkeit in der Qualitätssicherung



aktenkundig nicht mehr zumutbar sei. Zusätzlich sei sein Alter zu berücksichtigen. Dies habe die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Dezember 2015 zur Folge (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 17. November 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, es sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab Dezember 2015 Anspruch auf eine halbe IV-Rente habe. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen. Das MEDAS-Gutachten sei ausführlich abgefasst und die Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Die Gesamtarbeitsfähigkeit von 50% sei von allen Gutachtern im Konsens festgelegt worden. Es gebe keine Hinweise, dass die neurologischen Leiden zuwenig gewichtet worden seien. Die jeweils fachärztlich festgestellten Grade der Arbeitsunfähigkeit dürften wegen der Wechselwirkungen nicht einfach addiert werden. Der Umstand alleine, dass der neuropsychologische Gutachter offenbar keinen fachpsychologischen Titel als Neuropsychologe aufweise, mindere die Beweiskraft seiner Beurteilung nicht. Der Gesundheitszustand habe sich zwischen Dezember 2015 und der Begutachtung vom 22. bis 24. August 2016 nicht wesentlich verändert, so dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung gemäss Gutachten auch rückwirkend gelte. Für den Beschwerdeführer geeignet seien etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten, leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung, eine Beschäftigung an einem Empfang, als Telefonist sowie Kurier- und leichtere Lieferdienste. Der Beschwerdeführer könne schwergewichtig nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen; demnach sei ein Leidensabzug von 10% vorzunehmen. Da keine bedeutenden weiteren gesundheitsbedingten Einschränkungen des Leistungsvermögens bestünden, sei ein höherer Leidensabzug nicht gerechtfertigt. Ein Teilzeitabzug sei nur vorzunehmen, wenn die Restarbeitsfähigkeit nur noch in einer Teilzeittätigkeit verwertet werden könne, was vorliegend nicht der Fall sei. Aus dem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 56%. Somit habe der Beschwerdeführer ab Dezember 2015 Anspruch auf eine halbe Rente (act. G 6).

**B.c.** Mit Replik vom 12. Januar 2018 trägt der Beschwerdeführer vor, die neurologischen Einschränkungen seien polydisziplinär unzureichend berücksichtigt worden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei von einer Restarbeitsfähigkeit von höchstens 43,9% auszugehen. Die rückwirkende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit



durch die ABI-Gutachter erfülle den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht ansatzweise. Bei der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit von 50% während einer Präsenzzeit von fünf bis acht Stunden sei zwingend ein Teilzeitabzug vorzunehmen. Aufgrund der Formulierung der Gutachter könne nicht von einer ganztägigen Präsenzzeit ausgegangen werden (act. G 8).

**B.d.** Am 7. Februar 2018 reicht der Beschwerdeführer einen Bericht des M.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2017 (act. G 10.1) ein, wonach er in dieser Institution vom 31. Oktober bis 22. Dezember 2017 ein Einsatzprogramm über das RAV mit einem Pensum von 50% absolviert und sich dabei herausgestellt habe, dass er den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nicht mehr gewachsen sei (act. G 10).

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, 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 261 E. 4 mit Hinweisen). 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

**1.4.** Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Der als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können. An der Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, im tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden. Von einer Arbeitsgelegenheit kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C\_485/2014 E. 2 und E. 3.3.1 mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren



Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 460 E. 3.1).

**1.5.** Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

## 2.

Zunächst ist über die Beweistauglichkeit des ABI-Gutachtens vom 27. September 2016 zu befinden.

### 2.1.

Der Beschwerdeführer beschrieb den Gutachtern eine Symptomatik, die im Oktober und Dezember 2014 mit Anfällen bzw. Hinfällen begonnen habe. Später seien ein allgemeines "Nebelgefühl im Kopf", ein Taubheitsgefühl mit gelegentlich elektrisierendem Gefühl bzw. Schmerzen und Kraftlosigkeit an der rechten Hand bzw. am rechten Vorderarm bis in die Fingerspitzen, Gefühlsstörungen in der rechten Gesichtshälfte sowie eine ausgeprägte Gangstörung aufgrund einer leichten Sensibilitätsstörung an beiden Füßen aufgetreten. Die Kraft im Arm fehle, selbst leichte Belastungen wie das Öffnen einer Flasche seien schwierig. Für Gehstrecken über 300 bis 500 m fehle ihm die Energie. Treppengehen sei schwierig und anstrengend, er müsse sich festhalten. Seit März 2015 habe die Problematik deutlich zugenommen. Vorwiegend bei längerem Sitzen träten tieflumbale Rückenschmerzen und beim Gehen teilweise Schmerzen im lateralen Hüftbereich beidseits auf. Aus kardialer Sicht sei er beschwerdefrei mit Ausnahme von wenige Sekunden dauernden, punktförmigen, stechenden Schmerzen, die er von körperlicher Anstrengung verspüre. Bezüglich der operativen Exzision der Bursa olecrani links im Juni 2014 bestünden keine Beschwerden mehr. Gelegentlich träten Unterschenkelödeme auf. Seit anfangs



2016 leide er unter Schulterschmerzen beidseits und könne die Arme nur mit Mühe über die Horizontale heben. Die Schmerzen führten auch zum Erwachen zum Teil alle ein bis zwei Stunden und seien in den letzten acht Monaten eher progredient. Die Behandlung erfolge mittels lokaler Salbenapplikation (IV-act. 83-8 f., 13 f., 15, 19, 22). Eine Einschlaf tendenz tagsüber bestehe nicht, aber eine allgemeine Müdigkeit. Er sei tagsüber körperlich nicht belastbar. Er könne den Garten nicht mehr besorgen, nicht mehr Rad fahren, habe kaum noch soziale Kontakte und Hobbys; er beschäftige sich mit der Zeitung, dem TV und dem Computer. Er verrichte kleinere Hausarbeiten und füttere die Katzen. Einkäufe seien sehr anstrengend. Die Konzentration sei auch nicht mehr so gut. Er fahre mit dem Auto kürzere Strecken, z.B. zum Hausarzt ins übernächste Dorf (IV-act. 83-9, 13, 15).

**2.2.** Die internistische und kardiologische Gutachterin diagnostizierte bzw. bestätigte (gekürzt) ein metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertonie und bei Diabetes mellitus Typ 2, eine koronare und hypertensive Herzkrankheit, eine progrediente chronisch schwere Niereninsuffizienz KDIGO Stadium G4 A3 bei diabetischer Nephropathie, ein schwergradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom (Erstdiagnose Januar 2015, CPAP-Behandlung seit Juli 2015) sowie einen Status nach mehrzeitigen zerebralen Ischämien vorwiegend im Mediastromgebiet rechts bei ausgeprägter vaskulärer Leukenzephalopathie (IV-act. 83-11 f., 32 f.). Sie führte aus, aus allgemeininternistischer Sicht stehe ein voll ausgeprägtes metabolisches Syndrom im Vordergrund. In diesem Kontext bestehe ein Diabetes mellitus, als dessen Folge eine Polyneuropathie, eine Nephropathie und eine Retinopathie aufgetreten seien. Ferner leide der Beschwerdeführer unter einer Mikroangiopathie (Leukenzephalopathie) sowie einer Makroangiopathie (koronare Herzkrankheit). Aufgrund der Aktenlage bestehe eine koronare und hypertensive Kardiopathie mit erhaltener linksventrikulärer Funktion bei nachgewiesener linksventrikulärer Hypertrophie. Der Beschwerdeführer sei bis zur definitiven Arbeitsniederlegung im Jahr 2014 aus kardialer Sicht voll arbeitsfähig gewesen und aus kardiologischer Sicht beschwerdefrei; eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht könne nicht bestätigt werden (IV-act. 83-12). Übereinstimmend damit hatte die Klinik für Kardiologie des KSSG im Bericht vom 28. April 2015 ausgeführt, der kardiopulmonale Zustand sei kompensiert (IV-act. 34). Aufgrund des Diabetes mellitus seien Tätigkeiten mit einer erhöhten Selbstverletzungsgefahr (Arbeiten an schnellen, sich drehenden Maschinen, Begehen und Besteigen von Leitern und Gerüsten) sowie Schichtarbeit nicht mehr zumutbar. Wegen des obstruktiven Schlafapnoesyndroms, welches seit Juli 2015 suffizient behandelt werde, könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden.



Weitere, die Arbeitsfähigkeit tangierende Krankheiten könnten (aus internistischer und kardiologischer Sicht) nicht diagnostiziert werden (IV-act. 83-12 f., 34).

**2.3.** Der neurologische Gutachter erhob klinisch, dass der Beschwerdeführer bei angegebener Hyposmie Menthol nicht benannt habe. Es finde sich eine Mundwinkelasymmetrie zu Ungunsten von rechts (IV-act. 83-22). Er beschrieb im Wesentlichen ein ataktisches Gangbild bei unbemerktem mehrfachem Festhalten an der Wand oder am Tisch. Das Vibrationsempfinden an den Innenknöcheln sei vermindert. Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit seien erhalten, es bestünden keine mnestischen Defizite. Antworten erfolgten oft mit zeitlicher Verzögerung, mehrfach seien Wortfindungsstörungen aufgefallen (IV-act. 83-23). Die aktuelle Untersuchung zeige eine leichte Halbseitenstörung rechts mit Mundwinkelasymmetrie, rechtsseitiger Hemihypästhesie und positivem Pyramidenbahnzeichen, eine Ataxie und Bradydiadochokinese beidseits, Wortfindungsstörungen und leichte kognitive Defizite (IV-act. 83-23 f.). Gemäss Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 16. März 2015 hatten sich kernspintomographisch mehrzeitige cerebrale Ischämien im Mediastromgebiet rechts und eine cerebrale Ischämie in der linken Grosshirnhemisphäre sowie eine ausgeprägte vaskuläre Leukenzephalopathie dargestellt. In den elektrophysiologischen Untersuchungen hatte sich eine sensible und motorische, gemischt axonale und demyelinisierende Polyneuropathie mit leichter subacuter Denervierung, passend zu einer Polyneuropathie im Rahmen eines nicht optimal eingestellten Diabetes mellitus, gezeigt. Der neurologische Gutachter stellte die Diagnosen eines zerebralen Gefässprozesses mit Zustand nach kleinen Ischämien im Mediagebiet links mit persistierender leichter Halbseitenstörung rechts, Wortfindungsstörung und kognitiven Defiziten und einer Ataxie bei Zustand nach zerebralen Ischämien und diabetischer Polyneuropathie (IV-act. 83-23, 32 f.). Er legte dar, der Diabetes mellitus habe auf neurologischem Gebiet zu einer Polyneuropathie geführt. Diese finde sich auch in der aktuellen Untersuchung wieder bei allerdings noch schwach erhältlichem ASR und fehlenden trophischen Störungen. Sie erkläre die Gangunsicherheit, die "Nebeligkeit" und die Halbseitenstörung rechts nicht hinreichend. Hierfür sei, ebenfalls entsprechend den Abklärungen des KSSG, als Ursache eine ausgeprägte Leukenzephalopathie mit mehrzeitigen cerebralen Ischämien, vorwiegend im Mediastromgebiet rechts, festgestellt worden (IV-act. 83-23). Damit übereinstimmend war im Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 16. März 2015 ausgeführt worden, die beschriebene Symptomatik sei am ehesten im Rahmen der ausgeprägten vaskulären Leukenzephalopathie zu interpretieren. Für die rechtsseitigen cerebralen Ischämien zeige sich anamnestisch und klinisch kein Korrelat (IV-act. 50-4). Der neurologische Gutachter kam zum Schluss, es ergebe sich eine



Vielzahl qualitativer Einschränkungen. Diese beträfen Tätigkeiten mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen, mit Absturzgefahr und mit Anforderungen an eine gute Feinmotorik beider Hände. Wortfindungsstörungen und leichte kognitive Defizite bedingten auch Einschränkungen für Arbeiten mit Publikumsverkehr oder als Telefonist. Für die verbleibenden körperlich leichten Arbeiten sei aufgrund der Verlangsamung auch bei ganztägiger Präsenz nur mit der Leistung von vier bis fünf Stunden eines vergleichbaren Gesunden zu rechnen. Neurologischerseits sei eine Arbeitsfähigkeit von 60% anzunehmen. Die Einschränkung könne ab November 2014 angenommen werden (IV-act. 83-24, 34 f.).

**2.4.** Die nephrologische Gutachterin diagnostizierte eine chronisch progrediente schwere Niereninsuffizienz Stadium G4 A3 nach KDIGO bei diabetischer Nephropathie. Als renale Folgeerkrankung habe eine renale Anämie objektiviert werden können. Aus nephrologischer Sicht könne aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% für körperlich leicht bis mittelschwer belastende Tätigkeiten abgeleitet werden. Körperlich anhaltend schwere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Die erwähnte Einschränkung könne seit spätestens der aktuellen Untersuchung bestätigt werden. Gemäss Aktenlage sei im April 2015 noch eine eGFR von 40 ml/min./1,73 m<sup>2</sup> ermittelt worden, so dass damals noch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe (IV-act. 83-25 f.; vgl. Bericht der Klinik für Nephrologie / Transplantationsmedizin des KSSG vom 27. März 2015, Fremdakten, act. 2-8 ff., wo noch ein Stadium G3b A3 der Erkrankung festgehalten worden war). Auch wenn dies im Gutachten nicht ausdrücklich ausgeführt wird, dürfte die Anämie zu einer Erschöpfung bzw. Erschöpfbarkeit führen und die attestierte Arbeitsunfähigkeit sich dadurch erklären.

**2.5.** Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0; IV-act. 83-16, 33). Die als Folge des kränkend empfundenen Stellenverlusts im Jahre 2009 diagnostizierte Anpassungsstörung (vgl. dazu psychiatrisches Gutachten Dr. med. C. \_\_\_ vom 7. September 2009, Fremdakten, act. 1-2 ff.) hält er für gut möglich. Seither habe sich der Gesundheitszustand leicht verschlechtert. Indes könne eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vor allem gemittelt über den Verlauf nicht begründet werden (IV-act. 83-17). Dies erscheint nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung steht und im Bericht des M. \_\_\_ vom 11. Dezember 2017 vermerkt wurde, er sei psychisch stabil (act. G 10-1 S. 3).

**2.6.** Der neuropsychologische Gutachter legte dar, das Testprofil zeige eine kognitive Leistungsbeeinträchtigung im Bereich der Intelligenz. Die geteilte und die selektive Aufmerksamkeit seien deutlich unterdurchschnittlich. Die Arbeitsgeschwindigkeit sei



reduziert. Die Frontalhirnfunktionen des planmässigen Vorgehens, der visuo-spatialen Konstruktionen, der phonetischen Wortfluenz, der figuralen Fluenz und der Merkfähigkeit für Symbole seien beeinträchtigt. Somit finde sich eine mittelschwere neurokognitive Störung. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung sei in der neurologischen enthalten (IV-act. 83-29, 34 f.). Was die fachliche Qualifikation des neuropsychologischen Gutachters anbelangt, wird diese im Gutachten als "Neuropsychologe" aufgeführt (IV-act. 83-37). Die neuropsychologische Begutachtung fand im August 2016 statt. Für die neuropsychologische Begutachtung in der Invaliden- und Krankenversicherung wird erst seit dem 1. Juli 2017 ein Fachtitel in Neuropsychologie vorausgesetzt (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben 367 vom 21. August 2017). Damit verliert das Teilgutachten von lic. phil. J.\_\_\_\_ wegen des ihm fehlenden Fachtitels nicht per se seine Beweiskraft. Es wird denn auch nicht bestritten, dass lic. phil. J.\_\_\_\_ die erforderlichen Voraussetzungen, welche gemäss Vereinbarung vom 4. April 2012 betreffend die Durchführung von polydisziplinären medizinischen Gutachten nach Art. 72<sup>bis</sup> der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) galten, bis zu deren Änderung vom 1. Juli 2017 nicht erfüllt hätte. Gemäss SuisseMED@P-Reporting 2018 bescheinigte die Gutachterstelle gegenüber dem Bundesamt für Sozialversicherungen die erforderliche fachliche Qualifikation.

**2.7.** Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte ein Impingement-Syndrom Schulter beidseits, differenzialdiagnostisch eine partielle Frozen Shoulder beidseits, eine Periarthropathia coxae beidseits, anamnestisch ein intermittierendes leichtes Lumbovertebralsyndrom sowie einen Status nach Exzision der Bursa olecrani links 2014 (IV-act. 83-20, 33). Klinisch entspreche das Beschwerdebild einem Impingement-Syndrom. Klinisch finde sich ein Rundrücken und die Beweglichkeit der LWS sei indolent leicht vermindert. An den Hüftgelenken sei die Innenrotation beidseits schmerzhaft um einen Drittel vermindert unter Schmerzangabe an der lateralen Hüftregion bei auch Druckdolenz am Trochanter maior beidseits. Ätiologisch handle es sich bei den Beschwerden in der Lenden-Hüftregion um ein leichtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom. Funktionell bestünden eine leicht- bis mässiggradig eingeschränkte allgemein-körperliche Belastbarkeit und eine mässiggradig eingeschränkte Belastbarkeit beider Schultergelenke (IV-act. 83-21). Aufgrund der Befunde und Diagnosen seien körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten bestünden keine relevanten Einschränkungen, wobei jedoch der Einsatz der Arme über der Horizontalen vermieden werden müsse (IV-act. 83-21, 34).



**2.8.** Die augenärztliche Gutachterin führte aus, es bestehe am rechten Auge mehr als am linken eine diabetische Makulopathie und eine beginnende Linsentrübung, die eine Herabsetzung der Sehschärfe und eine vermehrte Blendungsempfindlichkeit verursachten (IV-act. 83-32). Aktuell bestehe aufgrund der Sehschärfenminderung und der vermehrten Blendungsempfindlichkeit eine 10%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten, die ein durchschnittliches Sehvermögen erforderten. Sie begründe sich durch einen erhöhten Pausenbedarf, welcher der etwas erhöhten Anstrengung bzw. Kompensationsleistung geschuldet sei (IV-act. 83-32, 34).

**2.9.** Zusammenfassend leidet der Beschwerdeführer unter einem Diabetes mellitus. Dieser führte zu einer Polyneuropathie, zu einer chronischen Niereninsuffizienz, welche ihrerseits eine Anämie zur Folge hat, und zu einer diabetischen Makulopathie. Daneben besteht eine Leukenzephalopathie, welche die klinisch objektivierte Gangunsicherheit, das vom Beschwerdeführer angegebene "neblige Gefühl" und die leichte Halbseitensymptomatik rechts erklärt (vgl. IV-act. 83-23; IV-act. 50-4). Polydisziplinär schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit auf 50%, realisierbar über fünf bis acht Stunden pro Tag (Pausen oder stundenweise Arbeit). Die Einschränkungen aus Sicht der einzelnen Fachgebiete seien partiell additiv (IV-act. 83-35).

**2.10.** Das Gutachten berücksichtigt die beklagten Beschwerden und die medizinischen Vorakten vollumfänglich. Die diagnostische Zuordnung einschliesslich Ätiologie der objektivierten Beschwerden erscheint nachvollziehbar und schlüssig. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung erfolgt unter Einbezug der sozialen Belastungen - Aufwachen ohne Vater, Enttäuschung über die Kündigung im Jahr 2009 und die bisher nicht eingetretene Beschwerdefreiheit - und der Ressourcen - langjährige Berufserfahrung, gute Kontakte innerhalb der Familie, zur jetzigen zweiten Ehefrau, deren Sohn und den Enkelkindern (IV-act. 83-17 f.). Auf das Gutachten ist daher abzustellen. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, aus neurologischer Sicht sei von einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 54% - entsprechend einem durchschnittlichen Pensum von 4,5 Stunden - auszugehen und unter teilweiser Berücksichtigung der Arbeitsunfähigkeit aus nephrologischer und ophthalmologischer Sicht resultiere polydisziplinär eine Restarbeitsfähigkeit von 44%, ist anzumerken, dass vorliegend nicht ausschliesslich eine Bandbreite der Arbeitsfähigkeit bzw. der Leistungsfähigkeit, sondern einerseits ein Rendement von vier bis fünf Stunden täglich und andererseits eine Arbeitsfähigkeit von 60% angegeben wird. Aus dem Folgenden ergibt sich jedoch, dass diese Frage offen gelassen werden kann.

**3.**



Gemäss polydisziplinärem Konsens ist die geschätzte Einschränkung seit der hausärztlichen Krankschreibung im November 2014 anzunehmen und mit Sicherheit ab August 2016 zu bestätigen (IV-act. 83-34, 36). Fachmedizinische Abklärungen der Beschwerden sind ab Oktober 2014 dokumentiert (Berichte der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen vom 10. Oktober 2014, IV-act. 46, und der Klinik für Nephrologie / Transplantationsmedizin KSSG vom 30. Oktober 2014, IV-act. 55). Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass damals (Oktober 2014 bis Oktober 2015) schon eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% bestand und das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im Oktober 2015 abgeschlossen war. Aufgrund der Anmeldung am 18. Juni 2015 (IV-act. 18) besteht der Rentenanspruch ab 1. Dezember 2015 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG; vgl. Beschwerdeantwort, act. G 6, a.E.). Der Rentenbeginn am 1. Dezember 2015 ist denn auch im Beschwerdeverfahren unbestritten (vgl. Beschwerdeschrift, act. G 1, und Beschwerdeantwort, act. G 6).

#### 4.

**4.1.** Im polydisziplinären Konsens schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit schlüssig und nachvollziehbar auf medizin-theoretisch 50% und kamen zum Schluss, die Anforderungen an eine geeignete Tätigkeit seien relativ hoch, so dass die Aussicht, eine solche Tätigkeit in der freien Marktwirtschaft zu finden, relativ gering sei (IV-act. 83-34). Die Beschwerdegegnerin hält diese Arbeitsfähigkeit für verwertbar, da dem Beschwerdeführer leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten, leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteillbewirtschaftung, eine Tätigkeit am Empfang oder als Telefonist sowie leichte Kurier- und Lieferdienste zumutbar seien (Beschwerdeantwort, act. G 6- Ziff. 4). Während des Einsatzprogramms im M.\_\_\_\_ vom 31. Oktober bis 22. Dezember 2017 führte der Beschwerdeführer im 50%-Pensum eine sitzend zu verrichtende, körperlich leichte Tätigkeit aus (Bestücken von Insektenhotels). Die Betreuenden hielten fest, die Koordination und die körperliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seien stark eingeschränkt. Der 50%igen Anwesenheit sei er nur bedingt gewachsen gewesen. Bei einer leichten, gleichförmigen Arbeit, welche eher als Beschäftigung bezeichnet werden könne, entspreche das Arbeitstempo knapp den Anforderungen. Leistungsmässig sei er relativ weit von den Normen einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt entfernt. Den Anforderungen der freien Wirtschaft sei er nicht mehr gewachsen (act. G 10.1).

**4.2.** Zum Einsatzprogramm im M.\_\_\_\_ ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer nie zu spät erschien. Es wurden ihm eine hohe Zuverlässigkeit, Einsatzbereitschaft, Initiative und eine grundsätzlich positive Einstellung bescheinigt (act. G 10.1). Im



Gegensatz zu den anlässlich der Begutachtung (IV-act. 83-35) sowie gegenüber der Eingliederungsberaterin (IV-act. 90) gemachten Äusserungen hat sich die subjektive Eingliederungsbereitschaft offenbar positiv verändert. Dass er sich um seine Gesundheit bemüht, kommt auch im Bericht der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG vom 19. November 2015 zum Ausdruck, wonach er ein gutes Essverhalten pflege und den Tabakkonsum auf fünf Zigaretten täglich reduzieren konnte (IV-act. 64-2 ff.). Die Beurteilung des M.\_\_\_\_ hatte die Leistungsabklärung zum Ziel (act. G 10.1 S. 5) und gründet nicht massgeblich auf subjektivem Unvermögen des Beschwerdeführers, so dass sie beweisrechtlich Relevanz besitzt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2012, 9C\_737/2011, E. 3.3, vom 28. Mai 2009, 9C\_332/2009, E. 3.4, vom 20. November 2013, 8C\_142/2013, E. 3.5, vom 15. Dezember 2015, 9C\_554/2015, E. 3.4 und vom 15. Februar 2019, 9C\_534/2018, E. 2.2). Zudem absolvierte der Beschwerdeführer das Einsatzprogramm ab Oktober 2017, also drei Monate nach Verfügungserlass und ein gutes Jahr nach der Begutachtung, womit keine lange Zeitspanne verging und mangels geltend gemachter Verschlechterung des Gesundheitszustands sowie entsprechender Belege die Ergebnisse des Einsatzprogramms ergänzend zum Gutachten gewertet werden können. Die Betreuenden des M.\_\_\_\_ hielten fest, es hätten sich starke Einschränkungen gezeigt, indem der Beschwerdeführer nur sehr langsam gehen könne und ihm das Treppensteigen extrem schwerfalle und seine Koordination und körperliche Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt seien (act. G 10.1). Diese Einschränkungen wurden auch von den Gutachtern beschrieben und sind in ihre medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen. Aus medizinischer Sicht ergeben sich aus dem Einsatzprogramm somit keine neuen Standpunkte, die weiter abzuklären wären. Bereits die Gutachter selbst stellten deren Verwertbarkeit im "freien" Arbeitsmarkt in Frage, was sich durch den Arbeitsversuch im M.\_\_\_\_ bestätigte. Es stellt sich somit die Frage, ob auf dem als ausgeglichen zu betrachtenden Arbeitsmarkt Tätigkeiten angeboten werden, welche den Leiden des Beschwerdeführers noch besser adaptiert sind als die im M.\_\_\_\_ ausgeübte Arbeit, zumal das Bestücken der Insektenhotels gewisse Anforderungen an Koordination und (Fein-)motorik stellen dürfte.

**4.3.** Der Beschwerdeführer leidet unter den Folgen eines Diabetes mellitus und einer durch diesen verursachten Polyneuropathie, Nephropathie und Makulopathie sowie unter den Auswirkungen cerebraler Ischämien und einer Leukenzephalopathie. Er ist beim Gehen, insbesondere auf Treppen, stark eingeschränkt. Weiter besteht eine Halbseitensymptomatik mit reduzierter Feinmotorik. Aufgrund des Nierenleidens ist seine Belastbarkeit eingeschränkt, wobei gemäss der nephrologischen Gutachterin



längerfristig mit einer weiteren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist (IV-act. 83-26, 34). Rheumatologisch und nephrologisch betrachtet sind ihm lediglich körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten zumutbar (IV-act. 83-21, 25). Sodann bestehen mittelschwere neurokognitive Einschränkungen, insbesondere auch Wortfindungsstörungen, die sich auf die Arbeitsgeschwindigkeit auswirken und den Beschwerdeführer für Tätigkeiten mit Publikumsverkehr ungeeignet erscheinen lassen (IV-act. 83-24, 29). Das Impingementsyndrom beider Schultern macht Arbeiten über der Horizontalen unzumutbar (IV-act. 83-21). Aus augenärztlicher Sicht ist die Belastbarkeit bei Tätigkeiten, die ein durchschnittliches Sehvermögen erfordern, eingeschränkt (IV-act. 83-32). Ausgeschlossen sind weiter Tätigkeiten mit erhöhter Selbstverletzungsgefahr sowie Schichtarbeiten (IV-act. 83-12).

**4.4.** Die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers beinhaltete häufiges Gehen und erforderte unter anderem eine grosse Konzentration und Aufmerksamkeit (Angabe Arbeitgeberin vom 22. Juli 2015, IV-act. 32-7). Sie ist aufgrund der Einschränkung beim Gehen, aber auch wegen der neurokognitiven Beeinträchtigung (deutlich unterdurchschnittliche geteilte und selektive Aufmerksamkeit, IV-act. 83-29) nicht adaptiert. Das selbe ist für Kuriertätigkeiten anzunehmen, vorallem weil diese mit Gehen und Treppensteigen verbunden sind. In einer Tätigkeit an einem Empfang oder einer Billettkasse (beispielsweise in einem Kino) müsste der Beschwerdeführer die wartende (anstehende) Kundschaft zügig bedienen und insbesondere in hohem Tempo kassieren können, was aufgrund seiner Verlangsamung und seiner kognitiven Beeinträchtigung kaum möglich wäre. Selbst in Kontroll- und Überwachungstätigkeiten müsste er in geeigneter Weise einschreiten und sich rasch an den Ort der Störung begeben können, sofern dies erforderlich würde, was vor allem in Anbetracht der stark eingeschränkten Gehfähigkeit und auch wegen der kognitiv und ermüdungsbedingten Verlangsamung kaum gewährleistet wäre. In der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung wird durch die weitgehende Automatisierung ein hohes Arbeitstempo und eine hohe Aufmerksamkeit gefordert, welcher die eingeschränkte Belastbarkeit des Beschwerdeführers nicht zu genügen vermöchte. Schliesslich ist mit einer Verschlechterung des Zustands vor allem seitens des Nierenleidens und damit mit einer weiteren Zunahme der Erschöpfung bzw. Abnahme der Leistungsfähigkeit zu rechnen, die sämtliche in Betracht kommenden Tätigkeiten betrifft. Zusammenfassend ist der Beschwerdeführer in seiner Belastbarkeit, im Gehen, motorisch und kognitiv beträchtlich sowie auch im Sehvermögen eingeschränkt. Die Anzahl, Kombination und Mannigfaltigkeit der Leiden und Einschränkungen übersteigt soweit überblickbar das Ausmass jener Fälle, in denen das Bundesgericht die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit noch bejaht hat. Das im M.\_\_\_\_ erzielte Rendement war von jenem



eines 50%-Pensums im ersten Arbeitsmarkt "relativ weit" entfernt (act. G 10.1), so dass der Beschwerdeführer nicht damit rechnen kann, dass ihn selbst ein besonders sozial eingestellter Arbeitgeber entsprechend entlönnen könnte bzw. eine hinzunehmende Lohneinbusse nicht durch Gewährung selbst des maximalen Tabellenlohnabzugs von 25% (vgl. BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc) kompensiert werden könnte. Die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit ist daher auch unter Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes nicht verwertbar. Der Beschwerdeführer hat folglich ab 1. Dezember 2015 Anspruch auf eine ganze Rente.

### 5.

**5.1.** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 25. Juli 2017 aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Dezember 2015 eine ganze Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**5.2.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.

**5.3.** Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der vorliegenden Streitsache erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 25. Juli 2017 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Dezember 2015 eine ganze Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.



### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm zurückerstattet.

### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.