



**Fall-Nr.:** IV 2009/121  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.07.2020  
**Entscheiddatum:** 18.02.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 18.02.2011**

**Zweifel an einem polydisziplinären Gutachten aufgrund eines nachträglich eingereichten neuropsychologischen Berichts. Ist der neuropsychologische Bericht hinreichend fundiert und schlüssig, sind entsprechende weitere Abklärungen vorzunehmen. Erscheinen die bisherigen Gutachter voreingenommen, ist das Gutachten bei einer anderen Stelle in Auftrag zu geben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Februar 2011, IV 2009/121).**

Entscheid Versicherungsgericht, 18.02.2011

Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Entscheid vom 18. Februar 2011

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Fredy Fässler, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



## St.Galler Gerichte

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 29. April 2002 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an; er habe nach einem am 22. Juli 2001 erlittenen Herzinfarkt nicht mehr arbeiten können (IV-act. 7). Das letzte Arbeitsverhältnis – der Beschwerdeführer hatte seit dem 1. April 2001 als Maschinenführer bei der B.\_\_\_\_ gearbeitet – war von der Arbeitgeberin per 31. Januar 2002 gekündigt worden, nachdem der Versicherte seit dem 22. Juli 2001 nicht mehr zur Arbeit erschienen war (IV-act. 12).

A.b Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.\_\_\_\_ erstattete der IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 31. Mai 2002 erstmals Bericht. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine koronare Herzkrankheit mit Status nach akutem anteriorem Myokardinfarkt am 22. Juli 2001, mechanischer Reanimation und Stent-Einlage sowie eine deutlich verminderte linksventrikuläre Auswurf Funktion genannt; der Versicherte sei ab dem 22. Juli 2001 und bis auf weiteres voll arbeitsunfähig. Er sei seit dem Herzinfarkt in seiner kardialen Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt und empfinde dies als schwere Invalidisierung. Er projiziere sämtliche Beschwerden und Symptome sofort auf sein Herz. Es bestehe ein dringender Verdacht auf schwere psychische Überlagerung (IV-act. 14). Dem Bericht lagen diverse weitere medizinische Berichte bei, insbesondere folgende:

Der Fachbereich Kardiologie des Departements Innere Medizin des Kantonsspitals St. Gallen hatte am 13. August 2001 über die Hospitalisation vom 22. bis 27. Juli 2001 berichtet. Der Versicherte sei am 21. Juli 2001 gegen Mitternacht wegen einer starken Retrosternalgie ohne Ausstrahlungen in die Notfallaufnahme eingetreten, danach sei es zu Kammerflimmern gekommen. Man habe ihn elektromechanisch reanimiert. Die Situation sei im weiteren Verlauf elektrisch instabil gewesen mit intermittierendem Vorhofflimmern und persistierend EKG-Veränderungen, welche mit einem akuten



## St.Galler Gerichte

antero-septalen Myokardinfarkt vereinbar seien. Der Versicherte sei zur weiteren Notfallbehandlung ans Universitätsspital Zürich überwiesen worden, wo eine perkutane transluminale koronare Angioplastie und Stentimplantation bei proximaler Stenose des Ramus interventricularis anterior durchgeführt wurde. Im weiteren Verlauf sei eine problemlose Mobilisation ohne erneutes Auftreten von Präkordialgien möglich gewesen. Der Versicherte habe einzig noch über Thoraxschmerzen nach elektromechanischer Reanimation geklagt (IV-act. 14 – 11 ff.).

Seitens der Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen war am 11. September 2001 über einen erfreulichen postinterventionellen Verlauf ohne Hinweise auf neuerliche Ischämie berichtet worden. Aus kardialer Sicht sei der Versicherte wieder arbeitsfähig, vorerst solle er aber für einige Wochen nur zu 50 % arbeiten (IV-act. 14 – 7 f.).

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kardiologie, hatte am 22. Oktober 2001 über eine in Anbetracht der Schwere des Ereignisses sehr erfreuliche Situation mit recht guter Leistungsfähigkeit ohne Hinweise auf eine belastungsabhängige Ischämie berichtet; der Versicherte sei aber verständlicherweise durch das Ereignis schwer traumatisiert. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei bisher gescheitert, im Sinne eines Arbeitsversuchs sollten Einsätze von jeweils zwei Stunden mit dem Arbeitgeber vereinbart werden (IV-act. 14 – 5 f.).

A.c Auf Anfrage der IV-Stelle hin berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 10. Dezember 2002 über den weiteren Verlauf. Er habe den Versicherten jeweils nur konsiliarisch für Dr. med. C.\_\_\_\_ untersucht und ihn zuletzt am 1. Februar 2002 gesehen, weshalb er zur aktuellen Situation nur bedingt Stellung nehmen könne. Gemäss Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 30. Juli 2002 liege aus kardialer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit vor, eine Wiederaufnahme der Arbeit sei aber gescheitert, ebenso die stationäre Rehabilitation in E.\_\_\_\_ und die ambulante Rehabilitation in F.\_\_\_\_. Die Gründe dafür seien nicht offensichtlich. Aus seiner Sicht bestehe aber eine klar wichtige psycho-soziale Komponente, und bei Status nach Reanimation müsse grundsätzlich sogar überlegt werden, ob neuropsychologische Folgen vorhanden sein könnten. Rein statistisch sei schliesslich zu erwähnen, dass mehr als ein Jahr nach dem Infarkt ereignis eine Reintegration in den Arbeitsprozess äusserst unwahrscheinlich sei (IV-act. 19 – 8).



## St.Galler Gerichte

A.d In der Folge beauftragte die IV-Stelle die ABI Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH in Basel (nachfolgend: ABI GmbH) am 9. Januar 2003 mit der Erstellung eines interdisziplinären Gutachtens (IV-act. 23). Im entsprechenden Gutachten vom 8. Januar 2004 wurde folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Koronare Ein-Ast-Erkrankung mit/bei Status nach anteriorem Myokardinfarkt, perkutaner transluminaler koronarer Angioplastie und Stent-Implantation bei proximaler Stenose des Ramus interventricularis anterior im Juli 2001 sowie kardiovaskulären Risikofaktoren. Unter Berücksichtigung der kardiologischen und psychiatrischen Teilgutachten und im interdisziplinären Konsens sei von einer nur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von zwei, höchstens drei Monaten nach dem Herzinfarkt auszugehen. Danach sei wieder volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit anzunehmen (IV-act. 35).

A.e Gestützt darauf verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. März 2004 den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (IV-act. 39). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft (IV-act. 44).

B.

B.a Am 27. Juni 2007 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich einer Rente, an. Als Art der Behinderung gab er den im Jahr 2001 erlittenen Herzinfarkt sowie – neu – Rückenprobleme an. Er dürfe nur 25 % arbeiten. Ergänzend führte er aus, er leide auch an psychischen Beschwerden (IV-act. 45).

B.b Auf die entsprechende Aufforderung der IV-Stelle hin (IV-act. 47) reichte der Versicherte einen Arztbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ ein, in welchem folgende Diagnosen gestellt werden: Status nach fokalem klinischen epileptischen Anfall des linken Armes mit residuellen Sensibilitätsstörungen (Mai 2005) bei nachgewiesenen multiplen ischämischen subkortikalen Hirninfarkten ungeklärter Ätiologie, chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, chronische Gastritis mit Status nach Ulcus-Krankheit, chronische Refluxbeschwerden unter Säureblock, offener unterer Oesophagusphinkter und Antrumgastritis, Schmerzen bei bekannter koronarer Herzkrankheit und Status nach mehreren Hämorrhoidaloperationen wegen



## St.Galler Gerichte

Hämorrhoiden (IV-act. 48 – 1). Dem Bericht lagen diverse medizinische Berichte bei, insbesondere folgende:

Die Ärzte der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen berichteten am 10. Oktober 2005 über die Hospitalisation vom 26. September bis 6. Oktober 2005. Die Zuweisung sei zur Abklärung der multiplen ischämischen Hirninfarkte erfolgt, welche im Rahmen der cranio-cerebralen Kernspintomographie vom 2. September 2005 diagnostiziert worden seien. Der Versicherte habe Gefühlsstörungen im linken Arm sowie gelegentlich auftretende ähnliche Gefühlsstörungen in der linken Gesichtshälfte und Kopfschmerzen beklagt. Die neurologische Untersuchung sei unauffällig ausgefallen. Die cranio-cerebrale Kernspintomographie habe den bekannten chronischen ischämischen Infarkt entlang des Sulcus postcentralis rechts-hemisphärisch sowie rechts frontal im Bereich des Gyrus frontalis inferior zur Darstellung gebracht; die übrigen ischämischen Infarkte linksseitig hätten nur noch andeutungsweise nachgewiesen werden können. Das cranio-cerebrale MR-Arteriogramm habe einen normalen Befund ergeben. Die Dopplersonographie, die Doppler-Echokardiographien und das 24-Stunden-EKG hätten ebenfalls unauffällige Befunde ergeben. In Betrachtung aller Befunde sei die Ätiologie der multiplen ischämischen Hirninfarkte ungeklärt. Der Versicherte habe in gutem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen werden können, eine antiepileptische Therapie dränge sich nach einmaligem epileptischen Anfall nicht auf (IV-act. 48 – 13 ff.).

Am 10. Mai 2006 berichtete die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen über eine Kurzhospitalisation vom 19. April 2006. Der Versicherte sei nach ambulanter Beurteilung im Kantonsspital St. Gallen zur Durchführung einer ergänzenden Lumbalpunktion sowie einer erneuten cranio-cerebralen Kernspintomographie zur Verlaufskontrolle bei bekannten multiplen ischämischen subkortikalen Hirninfarkten bislang ungeklärter Ätiologie vorübergehend stationär aufgenommen worden. Klinisch-neurologisch habe sich der Versicherte im Vergleich zu den Voruntersuchungen vom 26. September 2005 und 3. März 2006 weiterhin unauffällig bei subjektiv persistierenden Gefühlsstörungen im Bereich des linken Unterarms und fronto-temporalen Kopfschmerzen links gezeigt. Es werde daher die Verdachtsdiagnose chronischer Kopfschmerzen vom Spannungstyp gestellt (IV-act. 48 – 17 f.).



## St.Galler Gerichte

Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen berichtete am 15. Juni 2006 über eine ambulante Untersuchung vom 13. Juni 2006 zur Besprechung der Befunde der MRI-Untersuchung der LWS. Diese habe eine Diskusdegeneration L4/5 mit flachbogiger nicht komprimierender Diskushernie, eine leichte Spondylarthrose, einen kleinsten Facettengelenkserguss rechts, eine leichte Osteochondrose L5/S1, eine median akzentuierte flachbogige Diskushernie der dorsalen Zirkumferenz ohne Nervenwurzelkompression sowie eine Spondylarthrose ergeben (IV-act. 48 – 7 f.). Am 22. Mai 2007 wurde weiter über eine ambulante Untersuchung gleichen Datums zur Verlaufsbesprechung nach Facettengelenksinfiltration L5/S1 vom 16. März 2007 berichtet. Die Infiltration sei erfolglos gewesen, weshalb die vorliegenden Röntgendokumente nochmals gesichtet worden seien. Eine Kompression neuraler Strukturen liege nicht vor. Angesichts der Schmerzakkzentuierung bei begonnener Infiltrationsdiagnostik erscheine eine allfällige operative Intervention nicht indiziert (IV-act. 48 – 9 f.).

Die Kardiologische Praxis X.\_\_\_\_ berichtete am 6. Juni 2007 über eine Untersuchung vom 4. Juni 2007. Der Versicherte sei im EKG-Arbeitsversuch altersentsprechend normal belastbar gewesen ohne formale oder subjektive Hinweise für eine Belastungsischämie. Inwiefern eine Somatisierungstendenz vorliege, sei schwer beurteilbar. Der Versicherte wirke etwas depressiv (IV-act. 48 – 4 f.).

B.c Am 17. November 2007 erstattete die G.\_\_\_\_ einen Arbeitgeberbericht. Der Versicherte arbeite seit dem 22. Mai 2006 für die G.\_\_\_\_. Er habe zunächst zu 50 % gearbeitet, per 1. Mai 2007 aber das Pensum aus gesundheitlichen Gründen auf 25 % reduziert (IV-act. 51).

B.d Am 30. November 2007 erstattete Dr. med. C.\_\_\_\_ einen weiteren Arztbericht. Die Arbeitsunfähigkeit sei schwierig zu beurteilen, eine ausführliche Abklärung durch eine MEDAS sei erforderlich. Der Versicherte habe intermittierend bei seinem Sohn in einem Imbissrestaurant in Y.\_\_\_\_ gearbeitet, sei dort aber nie voll arbeitsfähig gewesen. Dabei spiele sicher eine psychische Komponente eine wichtige Rolle. Der Versicherte befinde sich neu auch in Behandlung bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-act. 52 – 1 ff.). Dem Bericht lagen wiederum diverse medizinische Berichte bei, insbesondere jener des behandelnden Psychiaters vom 23. November



2007. Darin wird eine Krankheitsphobie mit Panik diagnostiziert. Der Versicherte sei bislang zweimal erschienen. Im zweiten Gespräch sei zuerst der Eindruck entstanden, das Gespräch könne nach Besprechung der medikamentösen Behandlung sehr bald abgeschlossen werden. Dann sei aber doch ein eigentliches Gespräch in Gang gekommen, auch darüber, dass Gespräche hilfreich sein könnten bei einer Erkrankung der „Nerven“, denen der Versicherte seine Brustschmerzen zuschreibe, und die er auch rasch in Verbindung mit Angst gebracht habe (IV-act. 52 – 7 f.).

B.e Die IV-Stelle beauftragte in der Folge die ABI GmbH mit der Erstellung eines Verlaufsgutachtens (IV-act. 56), welches am 5. November 2008 erstattet wurde und eine psychiatrische, eine neurologische und eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthält. Gegenüber dem Psychiater habe der Versicherte ausgeführt, er sei für sechs Sitzungen bei einem Psychiater gewesen, habe die Behandlung aber nicht als hilfreich erlebt. Er nehme keine Psychopharmaka ein. Wenn er nicht der Vater seines jetzigen Arbeitgebers wäre, würde er wohl kaum beschäftigt. Das Leben am Existenzminimum sei belastend, einen Lebensverleider oder Suizidgedanken habe er aber noch nie gehabt. Es belaste ihn aber, dass der Kopf eigentlich arbeiten wolle, der Körper aber nicht mitmache. Autofahren sei möglich, arbeiten hingegen praktisch nicht mehr. Der begutachtende Psychiater hielt fest, aus seiner Sicht könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden, da es insbesondere an einer ausgeprägten psychosozialen Belastungssituation fehle. Es handle sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung; der Versicherte habe vor sich und der Umgebung mit seinen Schmerzen die Rechtfertigung dafür, keiner geregelten beruflichen Tätigkeit nachgehen zu müssen. Psychiatrisch liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Der begutachtende Neurologe gab die Angaben des Versicherten wieder, wonach das Gefühl im Bereich des linken Unterarms sowie die Kraft vermindert seien; im Vordergrund stehe zudem eine ausgedehnte Schmerzsymptomatik mit Kopf-, Nacken-, lumbalen Rücken- und Magenschmerzen. Ein Dolmetscher sei für die neurologische Untersuchung nicht beigezogen worden. Nachdem nur ein einmaliger fokaler epileptischer Anfall aufgetreten sei, der Versicherte adäquat gewirkt habe, kooperativ und örtlich und zeitlich orientiert gewesen sei und angegeben habe, dass er Auto fahren könne, sei eine wesentliche kognitive Beeinträchtigung unwahrscheinlich, so der Gutachter. Aus neurologischer Sicht sei aufgrund der Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Hand die Durchführung von Feinstarbeiten mit der linken Hand



beeinträchtigt; aufgrund des chronischen Lumbovertebralsyndroms sollten keine schweren und mittelschweren Arbeiten mehr durchgeführt werden; bei Status nach epileptischem Anfall sollten Arbeiten mit hohem Gefährdungspotential vermieden werden; einfache körperliche Tätigkeiten sowie administrative Tätigkeiten in wechselnder Position seien aber ganztags zumutbar. Gesamthaft diagnostizierten die Gutachter mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Koronare Eingefässerkrankung (ICD-10 I25) mit/bei Status nach anteriorem Myokardinfarkt am 21. Juli 2001 (Status nach elektromechanischer Reanimation bei Kammerflimmern), Status nach perkutaner transluminaler koronarer Angioplastie und Stentimplantation bei proximaler Stenose des Ramus interventricularis anterior im Juli 2001, konzentrisch linksventrikuläre Hypertrophie bei normaler diastolischer und systolischer Funktion, Ejektionsfraktion 70 % und kardiovaskulären Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Status nach Nikotinabusus (20 pack years) und positiver Familienanamnese; Zervikalsyndrom mit vorwiegend tendomyogen bedingten Nacken-/Schulerschmerzen beidseits (ICD-10 M54.2); chronisches Lumbovertebralsyndrom, klinisch ohne Hinweise für eine lumbale radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik (ICD-10 M54.5); residuelle Sensibilitätsstörungen im Bereich der linken distalen oberen Extremität bei Status nach multiplen ischämischen subkortikalen Infarkten (ICD-10 I93.9) mit/bei Status nach einmaligem fokalen Anfall mit Beteiligung der linken oberen Extremität am 28. Mai 2008 (ICD-10 G40.9). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden diagnostiziert: Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54); chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2) mit/bei zusätzlich elektrisierenden Kopfschmerzen linkstemporal unklarer Ätiologie (ICD-10 R51); chronische Refluxgastritis (ICD-10 K29.6); Status nach mehreren Hämorrhoidaloperationen. Für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. (IV-act. 58).

B.f Mit Vorbescheid vom 26. Januar 2009 stellte die IV-Stelle gestützt darauf die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 10 % in Aussicht (IV-act. 62).

B.g Mit Schreiben vom 2. Februar 2009 teilte Dr. med. D.\_\_\_\_ von der Kardiologischen Praxis X.\_\_\_\_ unter Hinweis auf seinen Bericht vom 9. Dezember 2008 mit, seines Erachtens sei eine neuropsychologische Abklärung angezeigt (IV-act. 63 – 1).



## St.Galler Gerichte

B.h Mit Verfügung vom 6. März 2009 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 68).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 8. April 2009 beantragte der Beschwerdeführer die Aufhebung der Verfügung vom 6. März 2009 und die Zusprache einer Rente der Invalidenversicherung, mindestens einer Viertelsrente (act. G 1).

C.b Wegen weiterer medizinischer Abklärungen wurde das Beschwerdeverfahren bis Ende Oktober 2009 sistiert.

C.c Gemäss einem Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. März 2009 über eine psychologische Untersuchung vom 25. März 2009 zeigte sich der Beschwerdeführer im emotionalen und Persönlichkeitsbereich stabil, insgesamt jedoch besorgt, niedergestimmt und etwas reduziert schwingungsfähig wirkend. Aus neuropsychologischer Sicht hätten sich sodann mittelschwere kognitive und emotionale Störungen gezeigt. Im Vordergrund stehe eine schwere Antriebsstörung. Des Weiteren zeigten sich ein mittelschwer beeinträchtigtes verbales Gedächtnis, mittelschwer bis schwer beeinträchtigte Aufmerksamkeitsfunktionen sowie ebenfalls mittelschwer bis schwer beeinträchtigte visuokonstruktive Fähigkeiten. In Teilbereichen der Exekutivfunktionen sowie in der Gestaltwahrnehmung habe der Beschwerdeführer genügende Resultate erreicht. Im emotionalen und Persönlichkeitsbereich hätten sich Hinweise auf ein klinisch relevantes depressives Syndrom mit Angabe von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Antriebsminderung ergeben. Aufgrund der aktuellen und vorbestehenden Befunde sei eine Rückkehr in die Erwerbstätigkeit unwahrscheinlich (IV-act. 73).

C.d Die Beschwerdegegnerin forderte am 18. Juni 2009 die ABI GmbH zur Stellungnahme zum neuropsychologischen Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen auf (IV-act. 78). Die ABI GmbH antwortete am 2. Juli 2009, sowohl in der neurologischen als auch in der psychiatrischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise für kognitive Einschränkungen gezeigt. In der psychiatrischen Untersuchung hätten sich auch keine Hinweise für eine depressive Störung gezeigt. Es



## St.Galler Gerichte

bleibe auch zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer nicht in psychiatrischer Behandlung stehe und keine Psychopharmaka einnehme. Besonders sei darauf hinzuweisen, dass er sich in der Lage fühle, Auto zu fahren, was erfahrungsgemäss hohe Aufmerksamkeit benötige. In psychologischen und neuropsychologischen Tests würde die subjektive Befindlichkeit abgebildet. Der Bericht des Kantonsspitals St. Gallen ändere deshalb gesamthaft nichts an der Beurteilung gemäss Gutachten – dem Beschwerdeführer sei eine körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit vollschichtig zumutbar (IV-act. 79).

C.e Der IV-interne regionale ärztliche Dienst (RAD) erstattete am 21. August 2009 eine interne Stellungnahme. Aus neurologisch-psychiatrischer Sicht sei festzuhalten, dass die Ergebnisse neuropsychologischer Tests und psychologischer Selbstbeurteilungsverfahren immer sorgfältig vor dem Hintergrund der Anamnese, der Diagnose und des gesamten klinischen Zustandsbildes zu interpretieren seien. Sämtliche Resultate der Einzeltests, insbesondere für die Bereiche Aufmerksamkeitsfunktionen, Reaktionszeiten bzw. Tempoleistung, aber auch Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen, könnten stark beeinflusst werden durch Kooperation, Motivation und Anstrengungsbereitschaft des Probanden. Ein Symptomvalidierungstest zur Erfassung allfälliger negativer Antwortverzerrungen bzw. einer unzureichenden Leistungsmotivation sei anlässlich der Untersuchung am 25. März 2009 nicht durchgeführt worden. Die Gutachter der ABI GmbH hätten daher auch gezielt auf den Umstand hingewiesen, dass in psychologischen und neuropsychologischen Tests die subjektive Befindlichkeit abgebildet werde. Das ausführliche und differenzierte Gutachten der ABI GmbH enthalte eine umfassende, konsistente und plausibel begründete ganzheitliche Beschreibung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und der gesundheitsbedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt könne die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers weder aus neurologischer noch aus psychiatrischer Sicht objektiviert werden. Die Gesamtbeurteilung der Gutachter im multidisziplinären Konsens könne vollumfänglich übernommen werden (IV-act. 83).

C.f Am 9. Oktober 2009 nahm die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen Stellung zu den Äusserungen der ABI GmbH und des RAD. Der Beschwerdeführer sei der Klinik für eine klinisch-psychologische Beurteilung zugewiesen worden. In diesem



Rahmen würden keine Symptomvalidierungsverfahren durchgeführt. Hinweise auf Aggravation oder Simulation hätten jedoch nicht bestanden. Die neuropsychologische Beurteilung sei auch nicht subjektiv. Neben den Angaben des Patienten seien die Befunde aus den neuropsychologischen Testverfahren und die Verhaltensbeobachtung wichtige Bestandteile. Motivationale Faktoren spielten eine Rolle, die Interpretation der Befunde geschehe letztlich jedoch immer vor dem Hintergrund der bekannten Diagnosen, des Verlaufs der Krankheit und der Gesamtanamnese. Auch in psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen seien die subjektiven Angaben von Patienten Bestandteil der Beurteilung. In der Stellungnahme der ABI GmbH vom 2. Juli 2009 werde aufgrund der subjektiven Angabe des Beschwerdeführers, Autofahren sei möglich, der Schluss gezogen, es lägen keine wesentlichen kognitiven Beeinträchtigungen vor. Ob es sich dabei um eine adäquate Selbsteinschätzung handle, sei nicht weiter überprüft worden. Aufgrund der neuropsychologischen Befunde sei die Fahreignung nicht gegeben. Eine praktische Überprüfung derselben sei daher indiziert. Der Beschwerdeführer habe jedoch angegeben, kein Auto mehr zu besitzen, weshalb im Bericht vom 26. März 2009 keine entsprechende Stellungnahme abgegeben worden sei. Die klinisch-neuropsychologischen Befunde, welche auf ein subkortikales Störungsmuster mit im Vordergrund stehenden Störungen des Antriebs und der Aufmerksamkeit hinweisen würden, seien vereinbar mit einem klinischen Bild, wie es sich nach multiplen ischämischen vor allem auch rechtshemisphärischen kortiko-subkortikalen Hirninfarkten, Status nach epileptischem Anfall des linken Armes und Status nach Reanimation bei Myokardinfarkt zeigen könne. Ein Vascular Cognitive Impairment oder eine vaskuläre Demenz könnten nicht ausgeschlossen werden. Es sei durchaus mit Schwankungen im Verlauf, im Laufe der Jahre auch mit Verschlechterungen zu rechnen. Für die Beurteilung würden Beginn und Verlauf der sensomotorischen, kognitiven und psychischen Einschränkungen sowie die Alltags- und die berufliche Kompetenz entscheiden, welche durch die ABI GmbH und den RAD theoretisch und praktisch abgeklärt werden müssten. Im Bericht vom 26. März 2009 sei darauf hingewiesen worden, dass eine praktische berufliche Abklärung zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit als notwendig angesehen werde. Bezüglich der offensichtlich bestehenden Diskrepanzen sei eine interdisziplinäre Begutachtung erforderlich (IV-act. 86).



## St.Galler Gerichte

C.g Am 30. Oktober 2009 ergänzte der Beschwerdeführer seine Beschwerdebegründung. An den mit Beschwerde vom 8. April 2009 gestellten Anträgen hielt er vollumfänglich fest; zur Klärung des Sachverhalts forderte er eine Abklärung bei einer MEDAS und/oder BEFAS (act. G 11).

C.h Am 17. Dezember 2009 erstattete die Beschwerdegegnerin ihre Beschwerdeantwort, mit welcher sie die Abweisung der Beschwerde beantragte. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, das Gutachten der ABI GmbH vom 5. November 2008 stelle eine genügende Grundlage für den Leistungsentscheid dar (act. G 14).

C.i In der Replik vom 25. Januar 2010 liess der Beschwerdeführer an den gestellten Anträgen vollumfänglich festhalten (act. G 16).

C.j Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik.

### Erwägungen:

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers abgelehnt. Der Beschwerdeführer beantragt in diesem Verfahren namentlich eine Rente. Streitig ist daher zunächst ein Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein solcher Anspruch in Frage steht, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

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 der ärztlichen Sachverständigen 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). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Was die Fachrichtung der Neuropsychologie im Speziellen betrifft, so ist zu berücksichtigen, dass es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht vermag, selbständig die Beurteilung der Genese vorzunehmen. Nichtsdestotrotz können die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse im Rahmen der gesamthaften Beweiswürdigung bedeutsam sein. Das setzt aber voraus, dass der Neuropsychologe im Einzelfall in der Lage ist, überprüf- und nachvollziehbare, mithin überzeugende Aussagen zu machen; blosser Klagen über diffuse Beschwerden genügen nicht (BGE 119 V 341 E. 2b/bb).

1.4 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und



Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So werden versicherungsexterne Gutachten, die durch anerkannte Spezialärzte aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet werden und schlüssige Ergebnisse hinsichtlich der Erörterung der Befunde enthalten, als voll beweiswertig qualifiziert, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Was dagegen Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 135 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweisen; BGE 122 V 161 E. 1c mit Hinweisen).

2.

2.1 Gemäss Gutachten der ABI GmbH vom 5. November 2008 ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Aus neurologischer Sicht ist die Arbeitsfähigkeit nur insofern beeinträchtigt, als aufgrund der Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Hand die Durchführung von Feinstarbeiten mit dieser nur noch eingeschränkt möglich ist. Weiter sind aufgrund des chronischen Lumbovertebralsyndroms schwere und mittelschwere Arbeiten nicht mehr zumutbar. Bei Status nach epileptischem Anfall sollten zudem Arbeiten mit hohem Gefährdungspotential vermieden werden. Wesentliche kognitive Einschränkungen stellten die Gutachter nicht fest. Gesamthaft erachten die Gutachter der ABI GmbH den Beschwerdeführer demnach als in angepassten Tätigkeiten, insbesondere einfachen körperlichen Tätigkeiten sowie administrativen Tätigkeiten in wechselnder Position, voll arbeitsfähig. Diese Schlüsse stützen sich auf eine allgemein-internistische, eine neurologische und eine psychiatrische Untersuchung und wurden in Kenntnis der relevanten Vorakten und Auseinandersetzung mit denselben abgegeben. Widersprüche zu den Berichten, welche den Gutachtern vorlagen, sind nicht ersichtlich.

2.2 Nach Eröffnung der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2009 erstattete die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen am 26. März 2009 einen neuropsychologischen Bericht, gemäss welchem der Beschwerdeführer unter mittelschweren kognitiven und emotionalen Störungen leidet, insbesondere unter einer schweren Antriebsstörung. Die Untersuchenden stellten weiter mittelschwere Beeinträchtigungen des verbalen Gedächtnisses, mittelschwere bis schwere



Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitsfunktionen sowie ebenfalls mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen der visuokonstruktiven Fähigkeiten fest. Im emotionalen und Persönlichkeitsbereich wurden Hinweise auf ein klinisch relevantes depressives Syndrom festgestellt.

2.3 Der Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. März 2009 wurde den Gutachtern der ABI GmbH zur Stellungnahme vorgelegt. Diese führten in ihrer Stellungnahme vom 2. Juli 2009 aus, eine neuropsychologische Untersuchung wäre nicht notwendig gewesen, nachdem der Beschwerdeführer in der neurologischen Teilbegutachtung adäquat gewirkt habe, kooperativ und örtlich und zeitlich orientiert gewesen sei und angegeben habe, dass er Auto fahren könne, weshalb unwahrscheinlich sei, dass wesentliche kognitive Beeinträchtigungen vorlägen. Der RAD schloss sich dieser Auffassung mit interner Stellungnahme vom 21. August 2009 an. Insbesondere mangels Durchführung von Symptomvalidierungstests vermöge der Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. März 2009 keine Zweifel am Gutachten der ABI GmbH vom 5. November 2008 aufkommen zu lassen.

2.4 Ergänzend führten die Untersuchenden der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen in ihrer Stellungnahme vom 9. Oktober 2009 aus, die Schlüsse im Bericht vom 26. März 2009 seien vor dem Hintergrund der bekannten Diagnosen, des Verlaufs der Krankheit und der Gesamtanamnese gezogen worden. Die klinisch-neuropsychologischen Befunde, welche auf ein subkortikales Störungsmuster mit im Vordergrund stehenden Störungen des Antriebs und der Aufmerksamkeit hinweisen würden, seien vereinbar mit einem klinischen Bild, wie es sich nach multiplen ischämischen vor allem auch rechtshemisphärischen kortiko-subkortikalen Hirninfarkten, Status nach epileptischem Anfall des linken Armes und Status nach Reanimation bei Myokardinfarkt zeigen könne. Ein Vascular Cognitive Impairment oder eine vaskuläre Demenz könnten nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund der Befunde sei die Fahreignung nicht gegeben. Eine praktische Überprüfung der Fahreignung sei indiziert. Zur Arbeitsfähigkeit nahmen die Untersuchenden nicht Stellung. Schliesslich wiesen die Untersuchenden darauf hin, sie seien nicht mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt worden, weshalb sie keine Symptomvalidierungstests durchgeführt hätten. Hinweise auf Aggravation oder Simulation hätten aber nicht bestanden.



3.

3.1 Zunächst ist in zeitlicher Hinsicht zu prüfen, ob der Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. März 2009 überhaupt im vorliegenden Verfahren Berücksichtigung finden kann. Der Bericht ist nämlich erst nach Eröffnung der Verfügung erstellt worden und fällt daher nicht in den für die Beurteilung der Beschwerde massgebenden Zeitraum, weshalb er grundsätzlich nicht zu berücksichtigen wäre (BGE 130 V 140 E. 2.1 mit Hinweisen). Allerdings werden die kognitiven Beeinträchtigungen nicht als nach dem Verfügungszeitpunkt neu aufgetreten qualifiziert. Es bestehen auch keine Anhaltspunkte dafür, dass diese Beeinträchtigungen erst nach Eröffnung der Verfügung aufgetreten wären – im Gegenteil. So hat insbesondere bereits Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 9. Dezember 2008 und damit vor Erlass der Verfügung darauf hingewiesen, dass bei Status nach Reanimation und gleichzeitig auch mehreren dokumentierten Hirninfarkten relevante neuropsychologische Einschränkungen gegeben sein könnten, weshalb entsprechende Abklärungen angezeigt seien. Der Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. März 2009 ist angesichts dieser Tatsachen grundsätzlich geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen, weshalb er im Rahmen dieses Verfahrens zu berücksichtigen ist (vgl. den Entscheid 9C\_24/2008 des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, E. 2.3.1 mit zahlreichen Hinweisen).

3.2 Allerdings ist zu beachten, dass es sich beim Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. März 2009 um einen neuropsychologischen Bericht handelt, dem nicht ohne Weiteres dasselbe Gewicht wie einem Arztbericht zukommt. Es ist deshalb zu prüfen, ob der Bericht inhaltlich für das vorliegende Verfahren Bedeutung hat. Diesbezüglich ist entscheidend, dass die Aussagen des Berichts nicht nur unter Berücksichtigung der Testergebnisse, sondern auch in Würdigung der bekannten Diagnosen, des Verlaufs und der Gesamtanamnese gemacht wurden. Die Untersuchenden setzten sich zudem in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 9. Oktober 2009 nochmals detailliert mit der Anamnese auseinander und zeigten auf, dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung mit dieser in Einklang stehen. Im Sinn der oben angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung ist dem Bericht deshalb im Rahmen der gesamthaften Beweiswürdigung insofern Bedeutung zuzumessen, als gestützt darauf zumindest Anhaltspunkte für relevante kognitive



Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers bestehen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken können. Der Bericht ist mithin geeignet, Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung gemäss Gutachten der ABI GmbH aufkommen zu lassen.

3.3 Diese Zweifel konnten weder die Gutachter der ABI GmbH noch der RAD mit ihren ergänzenden Stellungnahmen ausräumen. Die angebliche subjektive Angabe des Beschwerdeführers anlässlich der neurologischen Begutachtung, er fühle sich noch in der Lage, Auto zu fahren, ist für sich allein nicht geeignet, relevante kognitive Beeinträchtigungen als unwahrscheinlich erscheinen zu lassen, zumal der Beschwerdeführer nicht mit dem eigenen Auto zur Begutachtung in Basel anreiste, sondern sich von einem Kollegen chauffieren liess, und er zudem unterdessen offenbar kein Auto mehr hat (act. G 11.1.1). Diesbezüglich ist auch darauf hinzuweisen, dass die Fahreignung bislang noch nicht objektiv geprüft wurde, die Ärzte der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen diese aber aufgrund ihrer eigenen Untersuchungen verneinten (IV-act. 86). Wie oben bereits dargelegt, kann auch nicht ohne Weiteres angenommen werden, im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. März 2009 sei lediglich die subjektive Befindlichkeit des Beschwerdeführers abgebildet worden.

4.

4.1 Vor diesem Hintergrund kann aufgrund der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer in welchem Umfang aus medizinisch-theoretischer Sicht noch zumutbar sind. Es fehlt mithin an der erforderlichen Grundlage für einen sozialversicherungsrechtlichen Leistungsentscheid, weshalb sich in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes eine weitere Begutachtung aufdrängt.

4.2 Da gemäss oben angeführter bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine isolierte neuropsychologische Beurteilung keine genügende Grundlage für die Leistungsprüfung bilden kann und die letzte Begutachtung nun bereits gut zwei Jahre zurückliegt, scheint ein interdisziplinäres Gutachten, das jedenfalls die neuropsychologischen Aspekte mitberücksichtigt, angezeigt.



4.3 Da die Gutachter der ABI GmbH nach Kenntnisnahme des Berichts des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. März 2009 bereits die Notwendigkeit einer neuropsychologischen Begutachtung verneint haben, ohne sich dabei auf objektive Befunde abzustützen, erscheinen sie voreingenommen. Der Auftrag zur Begutachtung ist deshalb nicht wiederum der ABI GmbH, sondern vielmehr einer anderen medizinischen Begutachtungsstelle zu erteilen.

5.

Da die angefochtene Verfügung auf einer in Verletzung der Untersuchungspflicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermittelten Sachverhaltsgrundlage beruht, ist sie als rechtswidrig aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dieser Verfahrensausgang ist praxisgemäss in Bezug auf den Anspruch auf eine Parteientschädigung als vollumfängliches Obsiegen zu werten, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ungekürzte Parteientschädigung hat. Diese bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Unter Berücksichtigung dieser Kriterien erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die vollumfänglich unterliegende Beschwerdegegnerin trägt die Gerichtskosten. Diese bemessen sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Da es sich um einen durchschnittlichen Aufwand handelt, erscheint praxisgemäss eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- als angemessen. Der Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 6. März 2009 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen an die Verwaltung zurückgewiesen.



2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.  
Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss wird diesem zurückerstattet.
  
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.