



Fall-Nr.: IV 2011/114
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 03.06.2020
Entscheiddatum: 19.02.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 19.02.2014

Art. 28 IVG. Invalidenrente. Auch das Einholen eines gerichtlichen Obergutachtens konnte das geltend gemachte - und durch Angaben des behandelnden Arztes untermauerte - Vorliegen einer schizophrenen Erkrankung nicht beweisen. Die festgestellte Somatisierungsstörung gilt zudem im Sinn der einschlägigen Rechtsprechung als überwindbar. Es sind somit nur wenige (qualitative) Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Februar 2014, IV 2011/114).

Entscheid Versicherungsgericht, 2011/114

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

Entscheid vom 19. Februar 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach 29,
8887 Mels,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 7. November 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Berufliche Massnahmen und Rente) bei der IV-Stelle St. Gallen an (act. G 4.1/5). In einer ersten Stellungnahme vom 8. Mai 2009 (Eingang Sozialversicherungsanstalt) diagnostizierte das Psychiatriezentrum B.____ einen Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie, differentialdiagnostisch schizoaffektive Störung sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen (F32.1). Es bestehe eine geringe Stressresistenz und der Versicherte könne sich nur kurze Zeit auf komplexere Arbeitsabläufe konzentrieren (act. G 4.1/22.2 ff.). Der Hausarzt Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 1. Juni 2009 einen hochgradigen Verdacht auf eine schizoaffektive Störung mit Krankheitswahn sowie Konzentrationsstörungen und Fahrigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Status nach erosiver Antrumgastritis sowie nach ulcus duodeni, eine Lumboischialgie mit Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel bei Osteochondrose L4/5 und L5/S1 (act. G 4.1/25.2). Mit Verlaufsbericht vom 30. September 2009 diagnostizierte das Psychiatriezentrum B.____ nunmehr eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, differentialdiagnostisch einen Verdacht auf rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen und somatischen Symptomen sowie einen Verdacht auf paranoide Schizophrenie oder schizoaffektive Störung (act. G 4.1/28.1).

A.b In der Zwischenzeit brach der Eingliederungsverantwortliche am 8. Februar 2010 die am 20. Oktober 2009 begonnene Frühintervention mangels stabilen Gesundheitszustands wieder ab (act. G 4.1/31 und 38.4).



St.Galler Gerichte

A.c Vom 10. März bis 12. April 2010 hielt sich der Versicherte stationär in der Klinik D.____ in E.____ auf. Im entsprechenden Bericht vom 27. April 2010 erhob die Klinik die Diagnose einer hypochondrischen Störung (F54.2) sowie das Vorliegen von akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen (Z73.1). Sie klärte auch das Vorliegen einer Schizophrenie ab (nicht aussagekräftiger Rorschach-Test) und schloss die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen nicht aus. Insgesamt erachtete sie die Diagnosestellung als äusserst schwierig (act. G 4.1/47.1 ff.). In der Folge übernahm das Psychiatrie-Zentrum B.____ in seinem Bericht vom 15. Juni 2010 die Diagnose einer hypochondrischen Störung (F54.2) sowie das Vorliegen von akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen (Z73.1). Zudem bestehe ein Verdacht auf eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis mit fraglich psychotischen Elementen und somatischer Mitbeteiligung, differentialdiagnostisch bestehe eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Ab 29. Mai 2010 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (in einer nicht zu stressigen Tätigkeit [act. G 4.1/43.2 ff.]).

A.d Der RAD Ostschweiz ging in der Folge weiterhin von einer unklaren Diagnose und Arbeitsfähigkeit aus und schlug eine MEDAS-Abklärung vor (Stellungnahme vom 25. Juni 2010 [act. G 4.1/44]).

A.e Diese erfolgte am 22. September 2010 in Form einer internistisch/psychiatrisch/orthopädischen Abklärung durch die Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (ABI). Im entsprechenden Gutachten vom 3. November 2010 gelangten die Experten zum Schluss, es lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beständen eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8), eine Somatisierungsstörung (F45.0), ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (M54.80) mit/bei medianer Diskushernie LWK4/5, lumbosakraler Übergangsanomalie, keiner Neurokompression und freier Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte. Zudem beständen Status nach OSG-Distorsion rechts (T93.3) und nach Tendovaginitis nach Stichverletzung am Daumen volar rechts (T92.0) sowie ein unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (R52.9). Entgegen den vom Psychiatriezentrum B.____ geäusserten Verdachtsdiagnosen hätten sich keine Hinweise für eine Schizophrenie oder eine posttraumatische Belastungsstörung gefunden. Die psychiatrischen



Diagnosen entsprächen im Wesentlichen der Einschätzung der Klinik D.____. In somatischer Hinsicht bestehe ebenfalls weitgehend Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten, deren Untersuchungen des Bewegungsapparates die Beschwerden bislang nicht hätten erklären können. Entsprechend den Befunden stellten die Gutachter fest, es habe nie eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Hilfskoch oder eine andere Tätigkeit bestanden. Der Versicherte sei demnach für die bisherige wie auch für andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu 100 % arbeits- und leistungsfähig (act. G 4.1/51.20 ff.).

A.f Mit Vorbescheid vom 3. Januar 2011 und Verfügung vom 17. Februar 2011 wies die IV-Stelle St. Gallen das Rentengesuch ab, da keine Invalidität bestehe (act. G 4.1/58 und 64).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 17. März 2011 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Dem Beschwerdeführer sei sodann spätestens ab März 2009 eine Invalidenrente zuzusprechen. Zudem sei ihm für das Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu gewähren. Der Beschwerdeführer sei seit Januar 2011 von Dr. med. F.____, Psychiatrische Dienste G.____, untersucht worden. Dieser komme zum Schluss, die gesundheitliche Verfassung des Beschwerdeführers entspreche dem Zustand einer seit Jahren bestehenden und invalidisierenden psychischen Grunderkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Hinweise für Hypochondrie oder für ein Vorliegen akzentuierter narzisstischer Persönlichkeitsanteile habe er keine gefunden. Weiter gehe Dr. F.____ davon aus, dass der Beschwerdeführer aktuell und seit längerem zu 100 % arbeitsunfähig und nicht wiedereingliederungsfähig sei. Eventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 26. April 2011 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Das ABI-Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung. Bei behandelnden Ärzten bestehe auf Grund des engen persönlichen und rechtlichen Verhältnisses zum Patienten eine natürliche Vermutung dafür, dass die Angaben des Arztes in erster Linie der Unterstützung des Patienten im Hinblick auf die



St.Galler Gerichte

Zusprache von Sozialversicherungsleistungen und nicht der objektiven und unabhängigen Sachverhaltsermittlung dienen. Die Einschätzung von Dr. F.____ vermöge daher keine Zweifel an der Richtigkeit der Angaben im Gutachten zu wecken oder diese gar zu widerlegen. Die gutachterlichen Diagnosen entsprächen den Angaben der Klinik D.____, wo sich der Beschwerdeführer einen Monat lang aufgehalten habe. Auch H.____ vom Psychiatrie-Zentrum B.____ habe diese Diagnosen übernommen und sei zum Schluss gelangt, der Beschwerdeführer sei zu 50 % arbeitsfähig (act. G 4).

B.c Mit Schreiben der Gerichtsleitung vom 2. Mai 2011 wird das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteiständung bewilligt (act. G 5).

B.d Mit Replik vom 31. Mai 2011 macht der Beschwerdeführer geltend, auch die Angaben des behandelnden Arztes seien in die gesamte Beweiswürdigung einzubeziehen. Vorliegend legten die Angaben von Dr. F.____ nahe, dass die Abklärung in der ABI zumindest nicht umfassend gewesen sei. Zudem weise Dr. F.____ ausdrücklich darauf hin, dass auf Grund seiner Erkenntnisse nicht nachvollziehbar sei, wie es zur diagnostischen Beurteilung der ABI kommen konnte. Die Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge im psychiatrischen Teilgutachten der ABI sei nicht schlüssig. Ebenso wenig könnten die Schlussfolgerungen bzw. deren Begründung nachvollzogen werden. Die von Dr. F.____ gestellten Diagnosen hätten zudem umso mehr Gewicht, als auch schon das Psychiatriezentrum B.____ die Verdachtsdiagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt habe (act. G 7).

B.e Mit Eingaben vom 1. und 10. Juni 2011 reicht der Rechtsvertreter weitere Arztberichte von Dr. F.____ sowie von Dr. C.____ ein (act. G 8 und 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 11).

B.f Mit Schreiben des Versicherungsgerichts vom 7. Februar 2013 wird der psychiatrische Gutachter, Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, aufgefordert, zu den neu eingereichten Arztberichten von Dr. F.____ Stellung zu nehmen (act. G 13). In seinem Bericht vom 18. März 2013 führt Dr. I.____ aus, dass weder im Befund der neuropsychologischen Diagnostik noch im Bericht von Dr. F.____ (vom 1. Juni 2011) irgendwelche psychopathologischen Befunde erwähnt würden. Eine psychiatrische Diagnostik könne sich aber nicht auf Fragebogen oder



Symptomchecklisten beziehen. Dafür sei zwingend eine eingehende psychopathologische Befunderhebung notwendig, die weder durch Dr. F.____ noch durch den Psychologen Dr. phil. J.____ vorgenommen worden sei. Würde der Beschwerdeführer unter all den Symptomen und Beschwerden leiden, die er im Rahmen der testpsychologischen Untersuchung erwähnt habe, wäre er gemäss klinischer Erfahrung kaum in der Lage, sich im Alltag frei zu bewegen. Er wäre nicht in der Lage, zielgerichtete Handlungen zu unternehmen und müsste mit oder ohne seine Einwilligung stationär psychiatrisch behandelt werden. Auch dies sei ein deutlicher Hinweis darauf, dass die geklagten Symptome nicht solche einer schizophrenen Störung seien. Ebenso seien anlässlich der psychiatrischen Begutachtung keine Grundsymptome einer Schizophrenie gefunden worden, weshalb keine schizophrene Störung habe diagnostiziert werden können (act. G 14).

B.g Mit Stellungnahme vom 6. Mai 2013 führt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus, es erstaune nicht, dass der Gutachter keine Hinweise für das Vorhandensein einer schizophrenen Störung gefunden habe, habe die Untersuchung doch gerade einmal 60 Minuten gedauert. Dabei seien die Angaben des Versicherten als Grössenideen interpretiert und nicht weiter hinterfragt worden. Auch seien keine testpsychologischen Untersuchungen durchgeführt worden wie das Persönlichkeitsinventar MMPI oder das Eppendorfer Schizophrenie-Inventar ESI. Entgegen der Beurteilung von Dr. I.____ hätten bei der laufenden ambulanten psychiatrischen Behandlung durchgehend sämtliche sechs Grundsymptome einer schizophrenen Grunderkrankung beobachtet werden können. Dies betreffe sowohl die Denkzerfahrenheit, die Affektverflachung, die Antriebslosigkeit, den Autismus, die Ambivalenz als auch die Aufmerksamkeitsstörung. Dazu reicht er einen Bericht von Dr. F.____ vom 24. April 2013 ein. Gemäss diesem Arzt seien insgesamt mehr Hinweise für das Vorliegen einer schizophrenen, invalidisierenden Grundstörung festzustellen als für eine hypochondrische Störung (act. G 19 und 19.1).

B.h Auf Grund der Ausführungen von Dr. F.____ im genannten Schreiben vom 24. April 2013 erachtet es das Gericht als erforderlich, eine gerichtliche Oberbegutachtung bei Dr. med. K.____, Psychiatrisches Zentrum, in Auftrag zu geben. Dieses wird am 18. Oktober 2013 erstattet. Dabei diagnostiziert Dr. K.____ eine Erkrankung (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) aus dem somatoformen Formenkreis, die



wahlweise als Somatisierungsstörung (F45.0) oder als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) klassifiziert werden könne. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne die akzentuierte Persönlichkeit (Z73.1) genannt werden, die per se ursprünglich keinen Krankheitswert gehabt, sich jedoch als Rehabilitationserschwernde erwiesen habe. Dazu komme eine Nikotinabhängigkeit (F17.2). Aus gutachterlicher Sicht könne nicht von einer völligen Unüberwindbarkeit des Beschwerdebilds ausgegangen werden. Angesichts der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung könne nur eine sehr partielle Verminderung der Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 20 % postuliert werden. Einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit stehe in erster Linie die widerständige Haltung des Beschwerdeführers im Weg, die sich aus einer gewissen querulatorischen Entwicklung bei sensitiv-paranoisch akzentuierter Persönlichkeit ergeben habe. Sollte er diesen Widerstand aufgeben, müssten im Grunde nur wenige Einschränkungen seines künftigen Arbeitsplatzes gemacht werden: Keine rückenbelastenden Zwangshaltungen, kein Heben schwerer Lasten, klar strukturierte Arbeitsabläufe ohne die Notwendigkeit wortreicher Kommunikation in Deutsch und geduldiger Vorgesetzter, der die persönlichkeitsbedingten Eigenarten des Beschwerdeführers bereitwillig akzeptiere. Sollte sich dies bewerkstelligen lassen, wäre von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen (act. G 31, S. 31 f.).

B.i Mit Stellungnahme vom 8. November 2013 macht die Beschwerdegegnerin geltend, es sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. K.____ nur von einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit ausgehe, obwohl seiner Ansicht nach die Foerster-Kriterien nur zu einem kleinen Teil erfüllt seien. Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung müsse diesfalls das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint werden. Aus somatischer Sicht bestehe für adaptierte Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (act. G 34).

B.j Mit Stellungnahme vom 13. Dezember 2013 reicht der Rechtsvertreter erneut ein Schreiben von Dr. F.____ vom 11. Dezember 2013 ein. Demnach habe der Beschwerdeführer gegenüber diesem Arzt neue anamnestiche Ergänzungen gemacht, die dem Gutachter nicht bekannt gewesen seien. Weiter hält Dr. F.____ an seiner Ansicht fest, wonach das komplexe Krankheitsbild, welches sich seit Jahren auf der Symptomebene wechselhaft und wenig differenziert zeige, der Annahme einer seit



vielen Jahren bestehenden psychischen Behinderung im Rahmen einer schizophrenen Grundstörung nicht widerspreche. Nach konsequenter medikamentöser Behandlung könne zurzeit mindestens wieder von einer bescheidenen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (act. G 39 und 39.1). Auch Dr. C. ___ geht in seinem Schreiben vom 12. Dezember 2013 davon aus, dass die bereits initial gestellte Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis auf den Beschwerdeführer weiterhin zutreffe. Dabei handle es sich aber nicht mehr um ein Vollbild der Schizophrenie, sondern um einen Residualzustand. Gleichzeitig beständen weiterhin Depressionen mit suizidalen Gedanken, mit wechselnder Somatisierungstendenz (act. G 39.2).

Erwägungen:

1.

1.1 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 % invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % vor, wird eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eine Viertelsrente zugesprochen. Eine Invalidität von weniger als 40 % wird von der Invalidenversicherung rentenmässig nicht entschädigt.

1.2 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und 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). 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).

2.



2.1 Vorliegend geht das ABI-Gutachten in somatischer Hinsicht (internistisch/orthopädisch) von unauffälligen bzw. diskreten Befunden aus. So seien die angegebenen Magen-Darm- und anderen Beschwerden ohne wesentliche pathologische Erkenntnisse bereits früher abgeklärt worden. Orthopädisch konnte lediglich eine Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression objektiviert werden. Aus orthopädischer Sicht sei damit lediglich eine andauernd körperlich sehr schwere Tätigkeit ungeeignet. Für die angestammte Tätigkeit als Hilfskraft (in der Küche) wie auch für eine andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei der Beschwerdeführer (aus orthopädisch-somatischer Sicht) ohne Leistungseinschränkung zu 100 % arbeitsfähig (act. G 4.1/51.21). Diese Beurteilung bleibt im vorliegenden Beschwerdeverfahren unangefochten. Streitig ist demgegenüber die psychiatrische Beurteilung. Nachdem nicht ersichtlich ist, dass die orthopädisch-internistische Beurteilung mangelhaft sein sollte, braucht sich das Gericht nur noch mit der angefochtenen psychiatrischen Beurteilung zu befassen.

2.2 Diesbezüglich ist im Wesentlichen umstritten, ob der Beschwerdeführer an einer schizophrenen Erkrankung leidet oder ob von einer überwindbaren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Um die mit den diversen Schreiben von Dr. F.____ (namentlich vom 1. Juni 2011 und vom 24. April 2013) untermauerten Einwände des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren zu überprüfen, holte das Gericht ein Obergutachten bei Dr. K.____ ein. Dieser Gutachter bestätigt weitgehend die Ansicht von Dr. I.____, wonach kein schizophrenes Krankheitsgeschehen gegeben ist. So ging Dr. I.____ von einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (F60.8) und von einer Somatisierungsstörung (F45.0) aus. Diese Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe ein übersteigertes Selbstwertgefühl. Trotzdem habe er in der Schweiz nur Hilfsarbeiten ausüben können, die erhoffte Beförderung sei ausgeblieben. Danach habe er Mühe gehabt, sich zu integrieren und habe seine körperlichen Beschwerden zum Anlass genommen, sich arbeitsunfähig schreiben zu lassen. Er zeige keinerlei Motivation, wieder zu arbeiten und nenne als Grund dafür seine körperlichen Beschwerden. Er sei enttäuscht und gekränkt, dass er in der Schweiz keine Karriere machen können. Er verlange Rentenleistungen, um sich nicht mehr der beschwerlichen Arbeit aussetzen zu müssen. Der Beschwerdeführer sei selbstbezogen und zeige auch Grössenfantasien. Es sei ihm trotz der geklagten Beschwerden zumutbar, ganztags einer beruflichen Tätigkeit



nachzugehen. Die Somatisierungsstörung sei im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten an den Arbeitsplätzen zu sehen. Die zahlreich geklagten körperlichen Beschwerden könnten durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden (act. G 4.1/51.12 f.).

2.3 Auch Dr. K.____ geht wahlweise von einer Somatisierungsstörung (F45.0) oder von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) aus. Hingegen diagnostiziert er keine narzisstische Persönlichkeitsstörung, da sich die anlässlich der ABI-Untersuchung grandios anmutende Präsentation des Beschwerdeführers nicht mehr gezeigt habe. Den diagnostizierten Störungen attestiert er einen gewissen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da sie für den Beschwerdeführer sehr wohl ein Grund seien, sich aus der Arbeitswelt zurückzuziehen. Die Foerster-Kriterien erachtet er indessen nur zu einem kleineren Teil und nur teilweise als erfüllt. Insgesamt geht er von einer nicht völligen Unüberwindbarkeit des Beschwerdebildes aus und attestiert dem Beschwerdeführer auf Grund der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung, die durch eine suboptimale Persönlichkeitsstruktur stark begünstigt werde, nur (aber immerhin) eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit um 20 %. Im Weiteren geht Dr. K.____ davon aus, dass die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in erster Linie durch die widerständige Haltung des Beschwerdeführers behindert werde, die sich aus einer gewissen querulatorischen Entwicklung bei sensitiv-paranoisch akzentuierter Persönlichkeit ergeben habe. Bei Aufgabe dieses Widerstandes müssten im Grund nur wenige Einschränkungen des künftigen Arbeitsplatzes gemacht werden, namentlich in Bezug auf rückenbelastende Zwangshaltungen sowie dem Heben von schweren Lasten. Ausserdem bestehe die Notwendigkeit von klar strukturierten Arbeitsabläufen und eines geduldigen Vorgesetzten. Ein klarer Beginn der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht festmachen; jedenfalls fehle in den Akten ein eindeutiger psychosebedingter Arbeitsausfall. Der Beginn des Arbeitsausfalls werde denn auch durch eine Kündigung markiert.

2.4 In Bezug auf die Ausführungen von Dr. F.____ in dessen Schreiben vom 1. Juni 2011 und 24. April 2013 (act. G 8.1 und 19.1) merkt Dr. K.____ an, dass dort in erster Linie unspezifische psychische Symptome genannt würden, die als Negativsymptome im Sinn der chronischen Schizophrenie interpretiert würden. Eine



Persönlichkeitsproblematik werde demgegenüber ganz in Abrede gestellt. Beim Studium der ganzen Lebensgeschichte müsse allerdings festgestellt werden, dass sich der Einbruch eines psychotischen Krankheitsgeschehens in das Leben des Beschwerdeführers in keiner Weise abgebildet habe, dass er vielmehr auch nach dem angeblichen Beginn dieser schweren psychischen Gesundheitsstörung noch jahrelang vollzeitlich arbeitstätig war und eine Familie aufgebaut habe, was sicher ein atypischer Verlauf wäre. Es frage sich, wie und wo sich der sehr hohe Krankheitswert dieser wohl schwersten psychiatrischen Störung ausgewirkt haben soll. Wo tatsächlich ein Leistungsabbau stattgefunden habe, seien keine klar schizophrenen Symptome fassbar. In dieser Hinsicht erkläre die diagnostische Einstufung des ABI den tatsächlichen Ablauf der Beschwerdeentwicklung und des Leistungsverhaltens beim Beschwerdeführer deutlich besser als die Hypothese eines schizophrenen Krankheitsprozesses. Dazu stehe auch der Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik D.____ in Übereinstimmung, wobei dort das hypochondrische Element als ein Phänomen im Rahmen der dysfunktionalen Störungsbewältigung hervorgehoben werde. Auch dort seien offenbar keine schizophrenieverdächtigen Phänomene beobachtet worden. Demgegenüber frappten bei den Berichten des Psychiatrie-Zentrums B.____ die Inkonstanz und die Vagheit der Beurteilung. Bei näherer Betrachtung fänden sich auch dort keine krankheitsbeweisenden Symptome für eine Schizophrenie, sodass diese Verdachtsdiagnose gleichsam in der Luft hängen bleibe. Demgegenüber erscheine die Beurteilung der dortigen leitenden Ärztin vom 10. September 2008 (act. G 4.1/24.26), welche in erster Linie eine paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0) postuliert habe, weitaus realitätsnäher (act. G 31, S. 31 ff.).

2.5 Gegen das Gutachten von Dr. K.____ wird mit Eingabe vom 13. Dezember 2013 (Schreiben von Dr. F.____ vom 11. Dezember 2013) erneut geltend gemacht, es liege eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Insbesondere schildert der Beschwerdeführer gegenüber Dr. F.____ neu, dass er von seiner Mutter während der Schwangerschaft abgelehnt worden sei und dass es ihm nach der Grundschule in M.____ sehr schlecht gegangen sei. Er habe damals Alkohol und Drogen (Heroin) konsumiert. Er habe im Alter von 23 bis 24 Jahren Psychopharmaka einnehmen müssen. Seine Eltern und auch seine Schwester hätten gewusst, dass er an Schizophrenie erkrankt gewesen sei. Später habe er zwei weitere schizophrene



Krankheitsepisoden erlitten. Dr. F.____ geht davon aus, dass die Schilderungen glaubwürdig und nachvollziehbar seien und dass die gesundheitliche Situation vereinbar sei mit dem Vorliegen einer schizophrenen Grunderkrankung, indem beim Beschwerdeführer seit Jahren ein Residualzustand dieser Erkrankung vorliege nach mehrfachen akut-schizophrenen Episoden. Weiter geht Dr. F.____ davon aus, dass die gutachterlichen Befunde dieser grundsätzlichen Annahme nicht widersprechen, indem sie auf Teilaspekte eines komplexen Krankheitsbildes hinwiesen, das sich seit Jahren auf der Symptomebene wechselhaft und wenig differenziert zeige. Jedenfalls widersprechen diese nicht der Annahme, dass hier krankheitsbedingt eine seit vielen Jahren bestehende psychische Behinderung im Rahmen einer schizophreniformen Grundstörung vorliege (act. G 39.1).

2.6 Die Frage, ob ein schizophrenes Krankheitsgeschehen vorliegt, wird nunmehr seit Mai 2009 diskutiert, als das Psychiatrie-Zentrum B.____ erstmals die Verdachtsdiagnose einer paranoiden Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung stellte (act. G 4.1/22.2). Diese Stelle gab insgesamt vier Berichte ab mit jeweils wechselnden (Verdachts-, Differential-, und Subdifferential-)Diagnosen, wobei sie am Schluss im Wesentlichen die Ansicht der Klinik D.____ übernahm (Bericht vom 10. September 2008 [act. G 4.1/24.26], Bericht vom 8. Mai 2009 [act. G 4.1/22], Bericht vom 30. September 2009 [act. G 4.1/28] und Bericht vom 15. Juni 2010 [act. G 4.1/43]). Letztere konnte während des knapp fünfwöchigen Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 10. März 2010 bis zum 12. April 2010 keine schizophrene Erkrankung feststellen, wenn sie auch einräumt, dass die diagnostische Einordnung schwierig sei (act. G 4.1/47.1 f.).

Nachdem nun die Einwände von Dr. F.____ eigens in einem zweiten Gutachten abgeklärt wurden, und auch dieser Gutachter wiederum zum Schluss kommt, es liege keine Krankheit aus dem schizophrenen Formenkreis vor, hat es dabei sein Bewenden. Dr. K.____ führt in seinem Gutachten ausführlich aus, weshalb seiner Ansicht nach die Kriterien für das Vorliegen einer Schizophrenie nicht erfüllt seien. Zudem verweist er darauf, dass offenbar niemand den Beschwerdeführer je in einem psychotischen Zustand angetroffen hat, auch Dr. K.____ selber nicht, habe sich doch während der 5-stündigen Untersuchung keine einzige schizophrenietypische formale Denkstörung gezeigt (act. G 31, S. 26. ff.). Dies relativiert denn auch die nachgeschobenen anamnestischen Angaben im Schreiben von Dr. F.____ vom 11. Dezember 2013, wonach der Beschwerdeführer in seiner frühen Adoleszenz Drogen (täglich Heroin)



konsumiert haben will, was gemäss Ausführungen von Dr. K.____ unter Umständen eine Vulnerabilität für Schizophrenie bedingen könne (act. G 31, S. 27). Den Konsum von illegalen Drogen hat der Beschwerdeführer gegenüber Dr. K.____ jedoch ausdrücklich verneint (keinerlei Erfahrung; act. G 31, S. 10). Die Begründung, er habe dies aus Angst (wovor? und warum ist diese jetzt weg?) verschwiegen, erscheint nicht plausibel. Von weiteren Abklärungen sind keine Aufschlüsse mehr zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist. Schliesslich reicht die Tatsache, dass gemäss Dr. F.____ ein schizophrener Geschehen nicht ausgeschlossen werden kann, nicht aus, um die Glaubwürdigkeit des Gutachtens von Dr. K.____ zu erschüttern, geht doch selbst Dr. F.____ nicht von einem grundsätzlichen Widerspruch des Gutachtens zu seinen Feststellungen aus, wenn er diese auch anders würdigt. Letztlich handelt es sich um eine andere Interpretation des gleichen Zustands. Im Übrigen geht Dr. F.____, wie auch Dr. C.____, von einer wiedererlangten, bescheidenen Arbeitsfähigkeit aus (act. G 19.1, S. 3; act. G 39.2). Auch der Rechtsvertreter bestreitet nicht grundsätzlich, dass das Gutachten differenziert, umfassend und mit den üblichen Instrumentarien durchgeführt wurde, bemängelt aber, dass dieses nur eine Momentaufnahme darstelle. Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass dem Gutachter sämtliche Akten zur Verfügung standen und er diese auch in seine Würdigung einbezogen hat (act. G 31 S. 33 f.). Zusammenfassend ist somit in der medizinischen Beurteilung auf das Gutachten von Dr. K.____ abzustellen.

2.7 Im Weiteren stellt sich die Frage nach der verwertbaren Arbeitsfähigkeit. Anders als Dr. I.____, der dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten, körperlich nicht zu strengen Tätigkeit attestiert hat, billigt Dr. K.____ dem Beschwerdeführer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % zu. Dies begründet er damit, dass angesichts der nur zum kleinen Teil und nur teilweise erfüllten Foerster-Kriterien zwar nicht von einer völligen Unüberwindbarkeit der Beschwerden auszugehen sei, dass aber auf Grund der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung, die durch eine suboptimale Persönlichkeitsstruktur zumindest stark begünstigt werde, immerhin eine partielle Verminderung der Arbeitsfähigkeit postuliert werden könne (act. G 31, S. 32). Dem ist jedoch mit der Beschwerdegegnerin entgegen zu halten, dass mit der vom Gutachter selber festgestellten, nicht schwerwiegenden psychischen Komorbidität und dem geringen Erfüllungsgrad der übrigen Kriterien (ein sekundärer Krankheitsgewinn [Vollversorgung durch Ehefrau] kann entgegen der Ansicht von



Dr. K.____ nicht berücksichtigt werden [vgl. BGE 130 V 352 E. 3.3.2, mit Hinweis auf Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: R. Schaffhauser/F. Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen, 2003, S. 86]), nicht von einer ausnahmsweisen (teilweisen) Unüberwindbarkeit der Beschwerden ausgegangen werden kann. Vielmehr sind Tätigkeiten, welche die von Dr. K.____ genannten Kriterien erfüllen (vgl. act. G 31, S. 32), zu 100 % zumutbar.

2.8 Der Beschwerdeführer verdiente an seiner letzten Arbeitsstelle ein um rund 11 % unterdurchschnittliches Einkommen von Fr. 54'600.-- (Fr. 4'200.-- x 13 [vgl. act. G 4.1/19.10 und 53] bei einem Tabelleneinkommen von Fr. 61'240.-- [2009; IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Anhang 2]). Nach der Praxis des Bundesgerichts ist nur in dem Umfang zu parallelisieren, als die Abweichung die Erheblichkeitsschwelle von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2 f.). Beim Invalideneinkommen ist somit von einem Wert von Fr. 57'566.-- auszugehen (Fr. 61'240.-- x 94 % [11 % - 5 %]). Selbst bei einem angenommenen Leidensabzug von 20 % ergäbe sich damit ein Invalideneinkommen von Fr. 46'053.-- (Fr. 57'566.-- x 80 %) und damit ein Invaliditätsgrad von 15,7 % (Fr. 46'053.-- : Fr. 54'600.--). Der Beschwerdeführer ist damit in der Lage, ohne berufliche Massnahmen (Umschulung) ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Auch eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ist nicht konkret erwiesen, geht doch letztlich auch Dr. K.____ - wie schon Dr. I.____ (act. G 4.1/51.22) - davon aus, dass dem Beschwerdebild des Beschwerdeführers nur sehr geringer Krankheitswert zukomme und die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in erster Linie in der widerständigen Haltung des Beschwerdeführers begründet liege (act. G 4.1/32). Auf einen willensnahen Prozess lässt auch die Beurteilung der letzten Arbeitgeberin schliessen, wonach sich der Beschwerdeführer während der Probezeit voll eingesetzt, während der anschliessenden Festanstellung jedoch nur noch 4,5 Stunden gearbeitet habe und dann "krank" gewesen sei (act. G 4.1/19.5). Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechters.

3.

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.



3.2 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint vorliegend angemessen. Der Beschwerdeführer ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihm die Gerichtskosten aufzuerlegen sind. Zuzufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) durch die Gerichtsleitung am 2. Mai 2011 ist er jedoch von deren Bezahlung zu befreien.

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sodann die Kosten für das Gerichtsgutachten von Dr. K.____ in Höhe von Fr. 6'192.63 (act. G 33) und für die gerichtlichen Abklärungen bei der ABI GmbH in Höhe von Fr. 708.40 (act. G 16), total Fr. 6'901.03, zu übernehmen (vgl. Art. 45 Abs. 1 ATSG, Art. 78 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 137 V 210 E. 4.4.2)

3.4 Der Staat ist auf Grund der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel auf Fr. 2'800.-- zu reduzieren.

3.5 Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es ihm gestatten, kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Die Beschwerdegegnerin bezahlt die Kosten für das Gerichtsgutachten von Dr. K.____ in Höhe von Fr. 6'192.65 sowie für die gerichtliche Abklärung bei der ABI GmbH in Höhe von Fr. 708.40, insgesamt Fr. 6'901.05.
4. Der Staat hat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.