



**Fall-Nr.:** IV 2012/71  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 03.06.2020  
**Entscheiddatum:** 17.03.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.03.2014**

**Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG. Beweismwürdigung von zwei ABI-Verlaufsgutachten; erhebliche Aggravation seitens des Beschwerdeführers ist zu bejahen. Einkommensvergleich; Die angestammte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur ist trotz medizinischer Zumutbarkeit als ungeeignet zu qualifizieren, da aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers, welcher eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung zeigt, eine Fremdgefährdung angenommen werden muss. Kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. März 2014, IV 2012/71).**

Entscheid Versicherungsgericht, 17.03.2014

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

#### **Entscheid vom 17. März 2014**

in Sachen

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Haus zur alten Dorfbank,  
9313 Muolen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

betreffend

### Rente / berufliche Massnahmen

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_, geboren 19\_\_, meldete sich am 14. September 2001 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 10). Aufgrund der im Rahmen der medizinischen Abklärungen festgestellten Hörbehinderung sprach die IV-Stelle dem Versicherten die Kostenübernahme für Hörgeräte zu (IV-act. 9). Am 16. Januar 2006 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 14). Seit einem Arbeitsunfall am 11. November 2004, wobei ihm beim Öffnen einer Blache ein Stück Holz ins Gesicht geflogen ist (vgl. Unfallmeldung an die SUVA, Fremdakten G 4.2), klagte er über diverse gesundheitliche Beschwerden. Insbesondere gab er an, an einer Sehstörung mit Gesichtsfeldeinschränkung sowie an multilokulären Schmerzen (Kopf, Rücken, Schultern, Handgelenke beidseits, Sprunggelenk rechts) zu leiden. Gemäss einem ABI-Gutachten vom 12. März 2007 konnten anlässlich der polydisziplinären Begutachtung des Versicherten keine objektiven Befunde erhoben werden, welche die Arbeitsfähigkeit als Lastwagenchauffeur oder für eine andere Tätigkeit eingeschränkt hätten (IV-act. 63). Mit einer Verfügung vom 10. September 2007 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten ab, wogegen der Versicherte Beschwerde erheben liess. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit einem Entscheid vom 12. Januar 2009 die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung an die IV-Stelle zurück. Es wurde festgehalten, dass bezüglich der Sehstörung ärztliche Stellungnahmen vorlägen, aufgrund welcher an der Einschätzung der ABI-Gutachter gezweifelt werden müsse. Die diesbezügliche medizinische Aktenlage genüge nicht, um die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich festzulegen (IV-act. 107).

A.b Nach Rücksprache mit dem ABI veranlasste der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung. Am 1. September 2009 wurde



der Versicherte im ABI untersucht. Gemäss dem entsprechenden Gutachten vom 2. Februar 2010 nannte der psychiatrische Gutachter als Diagnosen eine leichte depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung. Er hielt fest, gegenüber dem Vorgutachten von 2007 bestünden aktuell deutliche psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, welche mit den somatisch nicht hinreichend objektivierbaren Beschwerden die Diagnose einer Somatisierungsstörung begründeten. Zudem bestünden depressive Symptome (mit depressiven Verstimmungen, Konzentrationsstörungen, erhöhter Ermüdbarkeit mit Antriebsstörung und Schlafstörungen), die genügend ausgeprägt seien für die Diagnose einer zusätzlichen leichten depressiven Episode. Damals habe lediglich eine Symptomausweitung (Schmerzverarbeitungsstörung) diagnostiziert werden können. Die psychosozialen und emotionalen Belastungen führten zu einer Verstärkung der psychischen Störungen, seien aber als solche krankheitsfremd, was bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden müsse. Der Versicherte befinde sich in psychotherapeutischer Behandlung und erhalte antidepressive Medikation. Durch die leichte depressive Episode und die Somatisierungsstörung bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Eine schwere psychische Störung liege nicht vor. Der Versicherte sei nicht suizidal und leide nicht unter schweren Konzentrationsstörungen. Hinweise auf einen therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf seien nicht vorhanden. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht schwer gestört und es bestünden keine auffälligen Persönlichkeitszüge für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Daher könne es dem Versicherten trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, in einer körperlich leidensangepassten Tätigkeit 80% zu arbeiten. In neurologischer Sicht konnten entsprechend dem Vorgutachten auch aktuell keine wesentlichen objektivierbaren Befunde, welche die vom Versicherten angegebenen Beschwerden erklären würden, gefunden werden. Der neurologische Gutachter hielt fest, es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den berichteten Einschränkungen im alltäglichen Leben und den in der Untersuchungssituation nachvollziehbaren funktionellen Einschränkungen. Der Versicherte sei aus neurologischer Sicht für leichte, mittelschwere und intermittierend auch schwere körperlich belastende Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig. Die angestammte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sei eine Tätigkeit mit einem Gefahrenbereich, so dass er diese nicht ausführen sollte, wenn er sich dazu nicht fähig fühle. Der ophthalmologische Gut-



## St.Galler Gerichte

achter hielt in seiner Beurteilung fest, dass die vom Versicherten angegebene hochgradige, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung nicht plausibel sei. Der Versicherte habe sich frei und sicher im abgedunkelten Raum bewegt, er habe zielsicher nach angebotenen Gegenständen gegriffen und er habe zügig einen Text in Zeitschriftengrösse gelesen. Aufgrund der intakten Befunde der gesamten Netzhaut und des Sehnervenkopfs sowie der Pupillenmotorik müsse beim Versicherten von einem intakten Gesichtsfeld ausgegangen werden. Ähnliches gelte für die Augenmotilität. Damit habe sich im Vergleich zum Vorgutachten keine Befundänderung ergeben. Aus ophthalmologischer Sicht hätten keine Diagnosen erhoben werden können, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursachten. In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass weder aus neurologischer noch aus ophthalmologischer oder allgemeininternistischer Sicht Befunde oder Diagnosen vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer körperlich leichten und mittelschweren, intermittierend auch schweren Tätigkeit einschränkten. In psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten im Vergleich zum Vorgutachten leichtgradig verschlechtert. Die leichte depressive Episode und die Somatisierungsstörung wirkten sich leichtgradig auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten aus. Bezogen auf eine ganztägige Erwerbstätigkeit resultiere hierdurch eine Leistungseinbusse von 20%. Betreffend die Selbsteinschätzung des Versicherten, welcher sich aufgrund der angegebenen Visusstörung zu 100% arbeitsunfähig sah, verwiesen die Gutachter auf zahlreiche, teilweise erhebliche Diskrepanzen und Inkonsistenzen. Sie beurteilten das Verhalten des Versicherten und die von ihm anlässlich der aktuellen Untersuchung gemachten Angaben als erhebliche Aggravation (vgl. IV-act. 132).

A.c Mit einer Verfügung vom 17. September 2010 wies die IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab. Zur Begründung führte sie an, die medizinische Abklärung habe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit ergeben. Da sich der Versicherte jedoch nicht entsprechend arbeitsfähig und in den Arbeitsmarkt integrierbar fühle, seien weitere Massnahmen in Form von Arbeitsvermittlung nicht erfolgsversprechend (IV-act. 149).

A.d Der Versicherte reichte der IV-Stelle diverse medizinische Berichte des Neurologischen Zentrums B.\_\_\_\_ zu Händen des Hausarztes ein. Im jüngsten Bericht vom 28.



Juni 2010 hatte die behandelnde Neurologin, Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialärztin Neurologie FMH, betreffend die vom Beschwerdeführer geklagten Hand-, Schulter- und Beinbeschwerden berichtet, dass sich die elektrophysiologischen Befunde gegenüber der Voruntersuchung nochmals reproduzieren liessen. Es bestünden weiterhin die Diskrepanzen der motorischen Neurographien. Eine präganglionäre sensible Schädigung oder eine Schädigung im Rückenmark habe sich kernspintomografisch nicht nachweisen lassen. Rein von der Klinik her sei diese Lokalisation am wahrscheinlichsten. Wegen der Verdeutlichungsneigung des Versicherten sei eine genauere klinische Beurteilung jedoch schwierig. Objektiv fände sich ein gesteigerter Achillessehnenreflex links sowie vermutlich auch rechts, welcher sich nicht durch Verdeutlichung erklären lasse. Die Neurologin ging trotz einer negativen Bildgebung von einem zentralbedingten neuropathischen Schmerzsyndrom bei einer kernspintomografisch nicht fassbaren Myelon-Schädigung leichteren Ausmasses aus (IV-act. 143, 144). Weiter reichte der Versicherte einen Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 28. April 2010 ein. Diese hatte festgehalten, dass sie keine entzündlich-rheumatische Erkrankung oder richtungsverschlechternde degenerative Erkrankung habe feststellen können. Weder bestünden Arthritiden oder Sehnenscheidenentzündungen im Bereich der Hände noch fänden sich Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom. Auch liege keine zervikospondylogene oder zervikoradikuläre Symptomatik vor. Ein mässiges Lumbovertebralsyndrom (verminderte Dorsalextension mit Schmerzangabe) könne gut durch eine muskuläre Dysbalance bei allgemeiner erheblicher Anspannung mitverursacht sein. Aus den medizinischen Vorberichten sei beim Versicherten eine depressive Störung mit Somatisierung bekannt. Das Steifigkeitsgefühl der Hände könne mit der psychiatrischen Situation zusammenhängen (IV-act. 145). Der RAD hielt am 17. September 2010 fest, dass sich aus den seit der letzten Begutachtung eingereichten Berichten keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten ergebe. Es werde lediglich klar, dass der Versicherte weiter versuche, bei den Ärzten seine subjektiven Beschwerden zu verdeutlichen bzw. zu aggravieren (IV-act. 150).

A.e Mit einem Vorbescheid vom 28. September 2010 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Zur Begründung erklärte sie, die gestützt auf das Urteil des Versicherungsgerichts angeordnete Verlaufsbe-  
gut-



## St.Galler Gerichte

achtung habe ergeben, dass der Versicherte bis auf schwere Tätigkeiten nach wie vor uneingeschränkt arbeitsfähig sei und dabei eine Leistungsminderung von höchstens 20% in Kauf nehmen müsse. Aus dem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 20%, womit kein Rentenanspruch bestehe (IV-act. 153).

A.f Am 3. November 2010 teilte der Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass die gesamte Situation den Versicherten derart mitgenommen habe, dass er notfallmässig und stationär in die Psychiatrische Klinik E.\_\_\_\_ habe eingewiesen werden müssen. Dort sei vor Verfügungserlass ein Bericht einzuholen (IV-act. 156). Der Rechtsvertreter reichte der IV-Stelle den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ vom 24. Februar 2011 ein. Demnach war der Versicherte vom 2. November 2010 bis 18. Februar 2011 hospitalisiert gewesen. Es waren eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und eine Somatisierungsstörung diagnostiziert worden. Die behandelnden Ärzte hielten fest, dass ihnen der Versicherte wegen zunehmender psychosozialer Dekompensation bei Ablehnung der IV-Leistungen und bei fraglicher Suizidalität zugewiesen worden sei. Der psychopathologische Status habe sich beim Eintritt folgendermassen präsentiert: Wach, allseits orientiert, Konzentration leicht reduziert, Auffassung unauffällig, im formalen Gedankengang starkes Grübeln, eingeengt auf Existenzängste und starke Zukunftsängste. Es seien keine Zwänge, Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder Ich-Störungen eruierbar. Affektiv wirke der Versicherte mittelgradig deprimiert, hoffnungslos, ängstlich und gereizt. Es bestehe eine leichte innere Unruhe und eine starke Klagsamkeit. Der Versicherte weise mittelstarke Insuffizienz- und Verarmungsgefühle auf und sei im Antrieb stark gehemmt. Weiter zeige sich ein starker Rückzug. Es sei eine mittelgradige verbale Aggressivität gegen Gegenstände eruierbar. Eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestehe aber nicht. Im Verlauf der Therapie habe sich der Versicherte im schützenden Rahmen der Station deutlich entspannt. Er habe Kontakt mit den Mitpatienten und den Behandelnden aufgenommen und habe immer weniger von seinen Beschwerden berichtet. Auf die anfangs geplante zusätzliche antidepressive Medikation sei daher verzichtet worden. Einen Arbeitsversuch in der geschützten Werkstätte habe der Versicherte abgebrochen, weil er durch den Lärmpegel massiv in Stress geraten sei. Ein weiterer Versuch in der Gartengruppe sei ebenfalls erfolglos gewesen. Der Versicherte habe angegeben, keine Kraft in den Händen zu haben. Zudem habe er Angst, sich aufgrund seiner Sehstörung zu verletzen.



## St.Galler Gerichte

Auf die Beschäftigungstherapie im Keramikatelier habe sich der Versicherte gut einlassen können. Er habe die depressiven und körperlichen Symptome als reduziert wahrgenommen. Da er eine regelmässige Beschäftigung als besonders wichtig erachtet habe, habe sich der Versicherte für eine Weiterbehandlung in der Tagesklinik F.\_\_\_\_ entschieden. Beim Austritt habe folgender Psychostatus vorgelegen: Wach und allseits orientiert, unter Stress leichte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, im formalen Gedankengang leichtes Grübeln über Vergangenheit und Zukunft, keine Befürchtungen und Zwänge, kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen, im Affekt leicht ängstlich, mittelstarke Insuffizienzgefühle, keine Störungen des Antriebs, keine akute Suizidalität oder Fremdgefährdung. Im Zeitpunkt des Austritts attestierten die behandelnden Ärzte eine Arbeitsfähigkeit von 0% (IV-act. 158-9).

A.g Der Rechtsvertreter liess der IV-Stelle auch einen neuro-otologischen Verlaufsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 30. September 2010 zukommen. Dr. G.\_\_\_\_ hatte folgende Diagnosen gestellt: Status nach Arbeitsunfall vom 11. November 2004 und Treppensturz vom 2. Februar 2006 mit Contusio capitis, milder traumatischer Hirnverletzung und HWS-Abknicktrauma, ein postcommotionelles Syndrom "posttrauma vision"-Syndrom s. Padula und ein zervikoenzephalisches Syndrom mit zentral-vestibulärer Funktionsstörung, visuo-oculomotorischer Funktionsstörung und progredienter zerviko-proprio-nociceptiver Funktionsstörung (mit mittelgradig reduzierter neuromuskulärer Leistung der unteren Extremitäten und "drop-attacks"-Gefahr) sowie eine progrediente hochgradige, pantonale sensori-neurale Schwerhörigkeit beidseits. In seiner Beurteilung führte Dr. G.\_\_\_\_ aus, dass sich im Vergleich zu seinem Vorbericht vom 27. Dezember 2007 stationäre, teilweise progrediente objektive Befunde gezeigt hätten. Es müsse daher definitiv von objektivierbaren posttraumatischen Beschwerden des Versicherten ausgegangen werden. Eine Aggravation und/oder Simulation könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, da der Versicherten nicht in der Lage sei, die Registrierung dieser Befunde zu beeinflussen. Die Befunde drückten objektiv den genauen funktionellen Zustand entlang des jeweils untersuchten Reflexbogens aus (IV-act. 158-2).



A.h Am 7. März 2011 erstattete die Psychiatrische Klinik E.\_\_\_\_ der IV-Stelle einen Bericht betreffend die stationäre Behandlung vom 2. November 2010 bis 18. Februar 2011. Es wurde festgehalten, dass trotz der verbesserten Befunde zum Ende der Therapie weiterhin von einer anhaltenden Störung (mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungsstörung) auszugehen sei. Die bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Eine andere Tätigkeit könne der Versicherte grundsätzlich ausüben. Beim Abschluss der Behandlung sei zwar noch keine andere Tätigkeit möglich gewesen, jedoch sei es dem Versicherten gelungen, über mehrere Wochen regelmässig am Beschäftigungsprogramm teilzunehmen. Dies habe einen ruhigen Arbeitsplatz mit leichter manueller Tätigkeit, klarem Arbeitsauftrag, niedrigem Leistungsniveau und mit entgegengebrachtem Verständnis für die Leiden des Versicherten bedeutet. Die Beobachtung habe nur im geschützten Rahmen für vier Stunden pro Tag stattgefunden. Eine Arbeitstätigkeit im engeren Sinn könne noch nicht abgeschätzt werden (IV-act. 162).

A.i Gemäss einem Bericht von Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. Mai 2011 befand sich der Versicherte seit dem 24. April 2011 bei ihr in ambulanter Behandlung. Sie hielt fest, der Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode und einer Somatisierungsstörung. Im Vergleich zur Untersuchung durch das ABI (September 2009) habe es keine wesentliche Veränderung der Befunde gegeben. Aktuell sei das depressive Zustandsbild mittelgradig ausgeprägt. Der Versicherte benötige entsprechende antidepressive Medikation, um Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu vermindern. Aktuell sei er nicht arbeitsfähig (IV-act. 168).

A.j Der RAD stellte am 30. Mai 2011 fest, dass die Angaben von Dr. H.\_\_\_\_ widersprüchlich seien. Obwohl sie im Vergleich zur ABI-Begutachtung vom gleichen Gesundheitszustand ausgegangen sei, habe sie dennoch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zur Abklärung einer Veränderung des psychiatrischen Gesundheitszustandes seit dem ABI-Gutachten vom Februar 2010 veranlasste der RAD eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung beim ABI (IV-act. 173).



A.k Am 26. September 2011 wurde der Versicherte im ABI psychiatrisch untersucht. Im Gutachten vom 3. November 2011 führte der psychiatrische Sachverständige als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, und eine Somatisierungsstörung auf. Bei der Befunderhebung gab er an, der Versicherte habe seine zahlreichen Beschwerden und die damit zusammenhängenden Einschränkungen dramatisch und ausführlich geschildert. Er habe einen guten affektiven Kontakt zum Untersucher und zur Dolmetscherin aufgenommen. Die Stimmung sei herabgesetzt und leicht depressiv gewesen. Die Psychomotorik sei lebhaft gewesen. Er habe einen Lebensverleider beklagt, habe sich aber klar von Suizidgedanken und -impulsen distanziert. Der Versicherte habe sich bewusstseinsklar und allseits orientiert präsentiert. Die Auffassungsgabe und die Konzentrationsfähigkeit seien nicht eingeschränkt gewesen. Hinweise für Merkfähigkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen hätten sich nicht gefunden. Das Denken sei formal unauffällig gewesen, inhaltlich hätten die Klagen im Vordergrund gestanden. Es seien keine Zwänge, wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen vorhanden gewesen. Es hätten sich keine circadianen Besonderheiten gefunden. Hinweise für einen ausgeprägten sozialen Rückzug, Aggressivität oder Selbstschädigung hätten sich nicht gezeigt. Die Realitätsprüfung und Urteilsbildung seien ungestört gewesen. Hinweise für mangelnde Affektsteuerung und fehlende Impulskontrolle hätten sich nicht gefunden. Das Selbstwertgefühl sei ausgeglichen gewesen. Zeichen für eine gestörte Intentionalität oder einen gestörten Antrieb hätten nicht vorgelegen. In seiner Beurteilung hielt der Gutachter fest, dass die zahlreichen körperlichen Beschwerden, aufgrund derer sich der Versicherte nicht arbeitsfähig fühle, durch die verschiedenen somatischen Untersuchungen nicht hinreichend hätten objektiviert werden können, womit von einer psychischen Überlagerung ausgegangen werden müsse. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung habe zu erheblichen finanziellen Schwierigkeiten geführt. Der Versicherte klagte über immer neue somatische Symptome, um seine subjektive Krankheitsüberzeugung nach aussen hin demonstrieren zu können. Neben der Somatisierungsstörung könne auch eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert werden, die zurzeit leichtgradig ausgeprägt sei. Das Zustandsbild habe sich seit der letzten psychiatrischen Begutachtung im ABI vom 1. September 2009 nicht verändert. Es könne nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 20% attestiert werden. Der Verlauf depressiver Störungen



## St.Galler Gerichte

sei naturgemäss schwankend. Es fänden sich aber keine Hinweise auf eine schwere, therapieresistente, chronisch verlaufende depressive Störung. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung lasse sich durch die psychiatrischen Befunde nicht hinreichend objektivieren. Der Versicherte sei durchaus zu Alltagsaktivitäten in der Lage und der Bericht der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ habe gezeigt, dass die depressive Störung behandelbar sei. Somit sei aus psychiatrischer Sicht nur eine geringgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren (IV-act. 186). Am 15. November 2011 qualifizierte der RAD das psychiatrische Gutachten als umfassend, konsistent, nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei (IV-act. 186).

A.I Mit einem neuen Vorbescheid vom 2. Dezember 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Sie erklärte, die neuerlichen medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten im Vergleich zum Vorgutachten vom Februar 2010 nicht wesentlich verändert habe. Der Versicherte sei in sämtlichen Tätigkeiten zu 80% arbeitsfähig. Damit sei er in der Lage ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (IV-act. 189). Dagegen wendete der Rechtsvertreter des Versicherten am 19. Dezember 2011 ein, dass nicht auf das ABI-Gutachten vom November 2011 abgestellt werden könne, da der Gutachter voreingenommen gewesen sei. Die echte Problematik des Versicherten, nämlich die Sehstörung und der Hörverlust, sei zu wenig gewichtet worden. Weiter sei das Gutachten widersprüchlich, beruhe auf falschen Tatsachen und weiche von den Einschätzungen der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_, von Dr. I.\_\_\_\_ und des Externen Psychiatrischen Dienstes F.\_\_\_\_ ab, welche übereinstimmend von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen seien. Es sei vorliegend ein objektives und polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, bevor verfügt werde (IV-act. 191). Mit einer Verfügung vom 25. Januar 2012 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Versicherten ab. Zu den Einwänden des Rechtsvertreters hielt sie fest, das ABI-Gutachten vom 3. November 2011 sei durch den RAD auf seine Qualität hin geprüft worden. Es sei dabei inhaltlich wie auch in den Schlussfolgerungen als stimmig und widerspruchsfrei beurteilt worden, weshalb keine Veranlassung bestehe, nicht darauf abzustellen. Die von den behandelnden Ärzten höher eingeschätzte Arbeitsunfähigkeit sei nicht objektivierbar, ebenso wenig wie die subjektive Krankheitsüberzeugung des Versicherten (IV-act. 192).

B.



B.a Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, am 9. Februar 2012 Beschwerde. Er beantragte, die Verfügung vom 25. Januar 2012 sei aufzuheben und ihm sei rückwirkend mindestens eine halbe Rente zu gewähren. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine polydisziplinäre Abklärung durchführen zu lassen. Schliesslich sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm geeignete berufliche Massnahmen – insbesondere eine Arbeitsvermittlung – zu gewähren. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter im Wesentlichen aus, dass auf das ABI-Gutachten nicht abgestellt werden könne. Das ABI spreche programmässig alle Versicherten zu 20% arbeitsunfähig. Die behandelnden Psychiater (Dr. I.\_\_\_, Externer psychiatrischer Dienst in F.\_\_\_) sowie die Psychiatrische Klinik E.\_\_\_ gingen von einer mittelgradigen depressiven Episode und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Der Bericht der Psychiatrischen Klinik basiere auf einer dreimonatigen Hospitalisierung, währenddem der Beschwerdeführer im ABI nur kurzfristig beobachtet worden sei. Weiter habe sich das ABI nicht ernsthaft mit der in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_ gestellten Diagnose einer Somatisierungsstörung auseinandergesetzt. Es bestehe eine Komorbidität hinsichtlich der Augenproblematik, der Rückenproblematik und der Sensomotorik. Eine radiologische Untersuchung des Rückens am 24. Januar 2012 habe eine rechtsseitig betonte Spondylarthrose mit mässiger Einengung des Neuroforamens L5/S1 mit allenfalls hier möglicher bewegungsabhängiger geringer Irritation der austretenden Nervenwurzel L5 rechts gezeigt. Aufgrund der polymorbiden Problematik wäre eine alle Aspekte umfassende polydisziplinäre Begutachtung statt nur einer Abklärung der psychiatrischen Situation angezeigt gewesen. Dabei wäre vor allem zu prüfen gewesen, ob dem Beschwerdeführer der Wille zur Überwindbarkeit seiner Beschwerden zumutbar sei. Bezüglich des Einkommensvergleichs sei beim Valideneinkommen die Nominallohnerhöhung seit der Verfügung vom 10. September 2007 zu berücksichtigen gewesen. Die Höhe des Invalideneinkommens werde durch die vorliegende Polymorbidität negativ beeinflusst. Sollte dem Versicherten der Wille zur Überwindung seiner medizinischen Problematik als zumutbar erachtet werden, so müssten berufliche Massnahmen – insbesondere eine Arbeitsvermittlung – durchgeführt werden (act. G 1).

B.b Am 10. Mai 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellte sich auf den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer aus dem Bericht der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_ nichts zu seinen Gunsten ableiten könne. Sein



## St.Galler Gerichte

depressives Zustandsbild habe sich während des Klinikaufenthalts rasch und eingehend gebessert. Die ABI-Beurteilung stimme mit dem Bericht aus E.\_\_\_\_ überein, womit auf die beiden ABI-Gutachten abzustellen sei. Dem Beschwerdeführer sei es zumutbar, in sämtlichen Tätigkeiten eine Leistung von 80% zu erzielen. Der Invaliditätsgrad liege somit bei 20% und könne keinen Rentenanspruch begründen (act. G 4).

B.c Mit einer Replik vom 12. Juli 2012 hielt der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdeanträgen fest. Sein Rechtsvertreter brachte vor, dass sich das ABI auf falsche Fakten und Tatsachen gestützt habe. Namentlich sei der Beschwerdeführer nie durch Dr. J.\_\_\_\_ behandelt worden. Weiter sei die Annahme falsch, dass der Beschwerdeführer ständig die Ärzte wechsle, um neue Beurteilungen zu erhalten. Dies zeige, dass das Gutachten oberflächlich erstellt worden sei. Materielle Widersprüche seien dahingehend zu sehen, dass die Gutachter dem Beschwerdeführer einerseits Simulanz vorhielten, aber andererseits entsprechend den Angaben der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ einen Arbeitswillen des Beschwerdeführers bestätigten. Der Arbeitswille des Beschwerdeführers sei offensichtlich vorhanden, sobald er die notwendigen Entfaltungsmöglichkeiten erhalte. Hier könnte eine effiziente Berufsberatung und Wiedereingliederung einsetzen. In diesem Sinne brauche es ein neues Gutachten, welches das Potenzial des Beschwerdeführers zunächst sauber und konkret abkläre (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. 10).

### **Erwägungen:**

1.

Streitig und zu prüfen ist im Folgenden der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung, da nur dieser Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet. Betreffend berufliche Massnahmen hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers mit der Verfügung vom 17. September 2010 abgelehnt (vgl. IV-act. 149). Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Damit ist auf das Beschwerdebegehren um berufliche Massnahmen im vorliegenden



Verfahren nicht einzutreten. Ergäbe sich allerdings, dass ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum vorliegenden Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und entsprechende Massnahmen geprüft habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.2 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Erhebung des massgebenden Sachverhalts bildet. 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).

3.

3.1 Vorab zu klären ist die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Die Beschwerdegegnerin hat sich auf die beiden ABI-Verlaufsgutachten vom 2. Februar 2010 und vom 3. November 2011 gestützt und ist von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in sämtlichen Tätigkeiten ausgegangen.

3.2 Der Rechtsvertreter hat zunächst geltend gemacht, dass die Gutachten des ABI nicht neutral seien und dass Versicherten programmässig eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Zu diesem Vorwurf hat sich das Versicherungsgericht bereits im Entscheid vom 12. Januar 2009 dahingehend geäußert, dass das ABI seitens des Gerichts als objektives und neutrales Gutachtensinstitut anerkannt werde (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Januar 2009, IV 2007/376, E. 1). Die diesbezüglichen pauschalen Vorwürfe sind nicht geeignet, die Glaubwürdigkeit der vorliegenden ABI-Gutachten zu beeinträchtigen.

3.3 Auch das Vorbringen, dass das ABI von einer einmal getroffenen Einschätzung nicht mehr abweiche bzw. die Gutachter voreingenommen seien, vermag an den Verlaufsgutachten keine Zweifel zu begründen. Im Gegenteil erscheint es grundsätzlich sinnvoll, die bereits mit dem Beschwerdeführer befasste Gutachterstelle zur Entwicklung des Beschwerdebilds und der Arbeitsfähigkeit zu befragen (vgl. BGE 132 V 93 ff. E. 7.2.2). Die medizinischen Beurteilungen in den Verlaufsgutachten basieren auf einer jeweils aktuellen Befunderhebung und beziehen sämtliche Vorakten mit ein. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche auf eine Voreingenommenheit der Gutachter deuten würden.

3.4

3.4.1 Das Versicherungsgericht hat mit seinem Entscheid vom 12. Januar 2009 eine weitergehende medizinische Abklärung betreffend die Sehstörung des



Beschwerdeführers angeordnet. Gemäss dem polydisziplinären ABI-Gutachten vom 2. Februar 2010 haben die Gutachter aus internistischer, neurologischer und ophthalmologischer Sicht keine Änderung der Befunde gegenüber der Begutachtung vom Februar 2007 erheben können. Sie sind daher weiterhin von ihrer Einschätzung entsprechend dem Vorgutachten ausgegangen, wonach keine Diagnosen vorlägen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursachten (vgl. IV-act. 132-26). Zu den abweichenden Aussagen der nichtärztlichen Orthoptistin, L. \_\_\_\_, vom 17. April 2008 (vgl. IV-act. 106) haben die Gutachter ausgeführt, dass diese aus medizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden könnten. Da die Orthoptistin die subjektiven Limitierungen und das aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers nicht erkannt habe, handle es sich um eine Fehlinterpretation der Untersuchungsergebnisse (vgl. IV-act. 132-30). Tatsächlich ergeben sich aus den vorliegenden Akten zahlreiche Widersprüche und Hinweise auf eine Aggravation betreffend die vom Beschwerdeführer geklagte Visusstörung. Obwohl der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben an einer stark ausgeprägten beidseitigen Gesichtsfeldeinschränkung sowie am Auftreten von Doppelbildern leidet, hat er sich im Rahmen der ophthalmologischen Untersuchung in einem abgedunkelten Raum frei und sicher bewegt, angebotene Gegenstände zielsicher ergriffen und einen Text in Zeitschriftengrösse zügig gelesen. Bei der klinischen Untersuchung sind in beiden Augen die gesamte Netzhaut sowie die Pupillenmotorik intakt gewesen, womit laut dem Gutachter von einem intakten Gesichtsfeld ausgegangen werden muss (vgl. IV-act. 132-28). Anlässlich der neurologischen Untersuchung hat der Beschwerdeführer behauptet, er könne aufgrund des eingeschränkten Gesichtsfeldes nur das Gesicht des ihm gegenüberstehenden Untersuchers erkennen. Der neurologische Gutachter hat jedoch festgestellt, dass der Beschwerdeführer bei unauffälliger Beobachtung keinerlei Einschränkungen gezeigt habe. Es sei ihm möglich gewesen, neben ihm liegende Gegenstände problemlos zu ergreifen, ohne dass sorgfältige Blick- und Kopfeinstellungsbewegungen erkennbar gewesen wären. Auch beim Gehen und Manipulieren mit dem Gepäck hätten sich keine Einschränkungen gezeigt. Dies sei bei einer Person mit einem derart eingeschränkten Gesichtsfeld (gemeint: wie vom Beschwerdeführer behauptet) nicht nachvollziehbar. Weiter sei es in der Untersuchung möglich gewesen, normal konfigurierte visuell evozierte Potenziale abzuleiten, wobei die Latenzen im Normalbereich gewesen seien. Schliesslich seien auch die MR-spectroskopischen Veränderungen, welche im



Rahmen der MRI-Untersuchung vom 19. Dezember 2008 beschrieben worden seien, nicht als pathologisch zu interpretieren (IV-act. 132-21). Wenn der Beschwerdeführer entsprechend seinen Angaben tatsächlich in einem erheblichem Ausmass beim Sehen beeinträchtigt wäre, so ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb er bei der Anamneseerhebung im Rahmen der Begutachtung dieses Gesundheitsproblem nicht vorrangig genannt hat. Aus dem Gutachten vom 2. Februar 2010 geht hervor, dass der Beschwerdeführer erst auf direktes Nachfragen hin bejaht hat, unter einer Visusstörung zu leiden (vgl. IV-act. 132-11, 132-29). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 26. September 2011 hat der Beschwerdeführer angegeben, er könne seit 6 Jahren kaum fernsehen, die Bilder seien verschwommen. Auf einem Auge sei er blind (vgl. IV-act. 185-13). Damit hat er nochmals eine Verschlechterung seiner Sehfähigkeit geltend gemacht. Seine Aussagen sind mit den Ergebnissen der gutachterlichen Untersuchungen jedoch nicht zu vereinbaren. Die Gutachter haben weder eine Gesichtsfeldeinschränkung, geschweige denn eine Erblindung, objektiv nachweisen können. Auffallend ist auch, dass für den Beschwerdeführer die Visusstörung nach Vorliegen des ABI-Gutachtens vom 2. Februar 2010 offenbar in den Hintergrund getreten ist und er vermehrt multilokuläre Schmerzen beklagt hat. Aufgrund der fehlenden objektiven Nachweise für die angegebene Sehstörung und der zahlreichen Inkonsistenzen muss davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer bei seinen Angaben erheblich aggraviert, wenn nicht sogar simuliert hat. In diesem Sinn ist auch die abweichende Einschätzung von L.\_\_\_\_ vom 17. April 2008 zu erklären. Die neurologischen und ophthalmologischen Ausführungen im ABI-Gutachten bezüglich der Visusstörung sind nachvollziehbar und schlüssig.

3.4.2 Dr. G.\_\_\_\_ hat in seinem Verlaufsbericht vom 30. September 2010 erklärt, dass sich im Vergleich zu seinem Vorbericht vom 27. Dezember 2007 stationäre, teilweise sogar progrediente objektive Befunde gezeigt hätten. Es müsse daher definitiv von objektivierbaren posttraumatischen Beschwerden des Versicherten ausgegangen werden (IV-act. 158-2). Seiner Beurteilung hat er die gleichen Diagnosen und Annahmen wie im Vorbericht zu Grunde gelegt. Diesbezüglich hat das Versicherungsgericht bereits im Entscheid vom 12. Januar 2009 festgehalten, dass die Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_, insbesondere betreffend Unfallhergang- und folgen, nicht nachvollziehbar seien und sich daher grosse Zweifel an der Richtigkeit des Ergebnisses der von ihm vorgenommenen Untersuchung ergäben (vgl. Entscheid des



Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Januar 2009, IV 2007/376, E. 2). Das Gleiche gilt auch für den vorliegenden Verlaufsbericht vom 30. September 2010, mit welchem Dr. G.\_\_\_\_ an seiner bisherigen Einschätzung festgehalten hat. Zudem hat der neurologische ABI-Gutachter zum Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ ausführlich Stellung genommen und hat weitere nachvollziehbare Gründe genannt, die den Beweiswert des Berichts noch zusätzlich schmälern (vgl. IV-act. 132-22 f.). Die abweichende Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ vermag demnach die Glaubwürdigkeit des ABI-Gutachtens vom 2. Februar 2010 nicht zu erschüttern.

3.4.3        Betreffend die vom Beschwerdeführer geltend gemachten multilokulären Schmerzen, insbesondere in den Bereichen des Kopfs, des Rückens, der Schultern und der Hände, haben gemäss dem ABI-Gutachten vom 2. Februar 2010 keine wesentlichen objektiven Befunde erhoben werden können. Vielmehr haben sich auch diesbezüglich zahlreiche Inkonsistenzen gezeigt. Der neurologische Gutachter hat festgestellt, dass sich bei der Untersuchung der HWS eine deutliche Diskrepanz zwischen der eingeschränkten Kopfbeweglichkeit im Rahmen der fokussierten Untersuchung und der unter Ablenkung freien Kopfbeweglichkeit ergeben habe. Weiter sei der Lasègue im Liegen nur eingeschränkt und mit der Angabe starker Schmerzen möglich gewesen, währenddem der Lasègue im Sitzen unbehindert und ohne Schmerzangabe erfolgt sei. Zudem habe der Beschwerdeführer auf der Untersuchungsliege direkt und unbehindert die Rückenlage einnehmen können. Er habe während der Untersuchung spontan den Kopf angehoben und sei wenig später flink und unbehindert aus der Rückenlage aufgesessen. Weitere auffallende Diskrepanzen hätten sich in den Angaben des Beschwerdeführers zum Tagesverlauf und in der Beschreibung der Schmerzen gezeigt (vgl. IV-act. 132-29). Aufgrund dieser Feststellungen sind die ABI-Gutachter betreffend die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen ebenfalls von erheblicher Aggravation ausgegangen. Auch aus den im Anschluss an die ABI-Begutachtung vorgenommenen somatischen Untersuchungen haben sich keine objektiven Befunde ergeben, welche eine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers begründen könnten. Die Rheumatologin D.\_\_\_\_ hat im Bericht vom 28. April 2010 erklärt, dass sie keine entzündlich-rheumatologische Erkrankung oder richtungsverschlechternde degenerative Erkrankung habe feststellen können. Sie hat einen Zusammenhang der geklagten somatischen Beschwerden mit der psychiatrischen Situation des Beschwerdeführers



angenommen (vgl. IV-act. 145-3). Im Neurologischen Zentrum B.\_\_\_\_ sind zahlreiche Testungen durchgeführt worden. Gemäss dem Bericht vom 28. Juni 2010 haben bis auf einen gesteigerten Achillessehnenreflex keine objektiven Befunde erhoben werden können. Trotz negativer Bildgebung sind die behandelnden Neurologen von einer kernspintomografisch nicht fassbaren Myelon-Schädigung leichteren Ausmasses ausgegangen. Dies ist nicht nachvollziehbar, zumal die Neurologen bei den Testungen auch Diskrepanzen und eine Verdeutlichungsneigung seitens des Beschwerdeführers beobachtet haben. Selbst wenn eine leichte, nicht darstellbare Myelon-Schädigung vorläge, ist angesichts der vom neurologischen ABI-Gutachter beobachteten Rückenbeweglichkeit ohne Schmerzangabe nicht davon auszugehen, dass sich diese in einem relevanten Ausmass einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken würde. In diesem Licht ist auch das Ergebnis der MRI-Untersuchung der LWS vom 24. Januar 2012 zu sehen, wonach die festgestellten Befunde eine mässige Einengung des Neuroforamens L 5/S1 rechts mit allenfalls dort möglicher bewegungsabhängiger geringer Irritation der austretenden Nervenwurzel L5 rechts ergeben haben. Wenn überhaupt eine Irritation der Nervenwurzel vorliegt, so ist diese aufgrund der klinischen Untersuchungsergebnisse als derart gering einzuschätzen, dass sie keine relevante Arbeitsfähigkeitseinschränkung für die gutachterlich befürworteten leichten, mittelschweren und intermittierend auch schweren Tätigkeiten bewirken kann.

3.4.4 Zusammengefasst kann in somatischer Hinsicht auf das ABI-Verlaufsgutachten vom 2. Februar 2010 abgestellt und eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angenommen werden.

### 3.5

3.5.1 In psychiatrischer Hinsicht ist anlässlich der ABI-Verlaufsbeurteilung vom September 2009 eine leichtgradige Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gegenüber der Erstbeurteilung im Januar 2007 festgestellt worden. Der psychiatrische Gutachter hat die Verschlechterung insbesondere mit den im Zeitpunkt der Verlaufsbeurteilung bestehenden deutlichen psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren erklärt. Er hat ausgeführt, dass diese zusammen mit den somatisch nicht hinreichend objektivierbaren Beschwerden die Diagnose einer



Somatisierungsstörung begründeten. Zusätzlich bestünden depressive Symptome, die genügend ausgeprägt seien, um die Diagnose einer leichten depressiven Episode zu stellen. Unter expliziter Ausserachtlassung der psychosozialen Faktoren hat er eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 20% attestiert (vgl. IV-act. 132-16). Die psychiatrische Beurteilung basiert auf einer ausführlichen Befunderhebung und ist in Kenntnis sämtlicher Vorakten erfolgt. Zu abweichenden früheren ärztlichen Einschätzungen hat der Gutachter Stellung genommen. Seine Ausführungen und Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und schlüssig.

3.5.2 Nach Erhalt des Vorbescheids vom 28. September 2010, mit dem eine Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht gestellt worden ist, hat der Rechtsvertreter am 3. November 2010 eine Verschlechterung der psychischen Situation des Beschwerdeführers geltend gemacht und mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer notfallmässig und stationär in die Psychiatrische Klinik El habe eingewiesen werden müssen (vgl. IV-act. 156). Aus dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ vom 24. Februar 2011 geht hervor, dass der Beschwerdeführer vom behandelnden Psychiater wegen zunehmender psychosozialer Dekompensation bei fraglicher Suizidalität zugewiesen worden ist. Eine akute Selbst- und Fremdgefährdung hat jedoch bereits im Rahmen der Erhebung des Psychostatus beim Eintritt in die Klinik verneint werden können. Hingegen haben die behandelnden Ärzte insbesondere folgende Befunde erhoben: starke Zukunfts- und Existenzängste, starkes Grübeln, im Affekt mittelgradig deprimiert, hoffnungslos, ängstlich und gereizt, stark klagsam, mittelstarke Insuffizienz- und Verarmungsgefühle, starker Rückzug sowie eine mittelgradige verbale Aggressivität (vgl. IV-act. 158-11). Im Verlauf der stationären Behandlung ist es laut den behandelnden Ärzten zu einer deutlichen Entspannung seitens des Beschwerdeführers gekommen. Sie haben festgehalten, dass der Beschwerdeführer Kontakt zu den Mitpatienten und Behandelnden aufgenommen und immer weniger von seinen Beschwerden berichtet habe. Es sei ihm gelungen, besser mit seinen Schmerzen umzugehen. Die psychotherapeutischen Gespräche habe er als stabilisierend erlebt. In der Patientengruppe sei er kommunikativer geworden, habe Spässe gemacht und oft gelächelt. Beim Austritt habe sich der psychopathologische Status verbessert präsentiert. Der Beschwerdeführer habe noch leicht über Vergangenheit und Zukunft gegrübelt, sei im Affekt leicht ängstlich gewesen und habe



mittelstarke Insuffizienzgefühle gezeigt (IV-act. 158-12). Die von der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode kann angesichts der Befunde beim Klinikaustritt nicht mehr nachvollzogen werden. Offenbar ist es beim Beschwerdeführer durch die in Aussicht gestellte Ablehnung von IV-Leistungen zu einer Zunahme der psychosozialen Belastungssituation und damit zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes gekommen. Diese Verschlechterung ist jedoch nur vorübergehender Natur gewesen. Nach der stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ ist das depressive Zustandsbild des Beschwerdeführers wieder vergleichbar mit jenem im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung durch das ABI im September 2009 gewesen. Somit ist davon auszugehen, dass entsprechend der Begutachtungssituation im September 2009 auch im Zeitpunkt des Klinikaustritts lediglich eine leichtgradige depressive Episode vorgelegen hat.

3.5.3 Aufgrund der unterschiedlichen psychiatrischen Einschätzungen hat der RAD nochmals eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung beim ABI veranlasst. Nach der Untersuchung im September 2011 hat der psychiatrische Gutachter eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, und eine Somatisierungsstörung diagnostiziert. Er hat festgestellt, dass sich das psychiatrische Zustandsbild seit der letzten psychiatrischen Untersuchung im ABI im September 2009 nicht verändert habe und nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 20% vorliege (vgl. IV-act. 185-16). Die vom Beschwerdeführer subjektiv empfundene volle Arbeitsunfähigkeit hat der Gutachter auf dessen ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung zurückgeführt, welche er aber anhand der psychiatrischen Befunde nicht hinreichend hat objektivieren können. Er hat festgehalten, dass sich bei einem zwar naturgemäss schwankenden Verlauf keine Hinweise für eine länger dauernde mittelgradige oder schwere, therapieresistente depressive Störung gefunden hätten. Der Beschwerdeführer sei durchaus zu Alltagsaktivitäten in der Lage und der Bericht der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ habe gezeigt, dass die depressive Störung behandelbar sei. Es könne dem Beschwerdeführer zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um zu 80% einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (IV-act. 185-16). Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung erscheint angesichts der erhobenen psychiatrischen Befunde als nachvollziehbar. Die von der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ attestierte vollständige



Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ist hingegen nicht objektivierbar. Aus dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ vom 24. Februar 2011 geht hervor, dass der Beschwerdeführer zwei Arbeitsversuche u.a. mit Verweis auf seine Handbeschwerden und auf die Visusstörung abgebrochen hatte (vgl. IV-act. 158-12). Dieses Verhalten ist als Ausdruck der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers zu sehen und kann daher nicht als Basis für eine Arbeitsfähigkeitsschätzung herangezogen werden. Die objektive Befundlage spricht – abgesehen vom Zeitpunkt des Eintritts in die Psychiatrische Klinik E.\_\_\_\_ – für das Vorliegen einer leichtgradigen depressiven Störung, welche zusammen mit der diagnostizierten Somatisierungsstörung nur eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen kann.

3.5.4 In psychiatrischer Hinsicht kann somit auf die ABI-Verlaufsgutachten vom 2. Februar 2010 und vom 3. November 2011 abgestellt werden. Vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist vorgebracht worden, dass die psychiatrischen Gutachter von falschen Tatsachen ausgegangen seien, namentlich dass der Beschwerdeführer durch Dr. J.\_\_\_\_ behandelt worden sei und dass die häufigen Arztwechsel durch den Beschwerdeführer selbst bedingt gewesen seien. Diese Ungenauigkeiten im Sachverhalt beeinträchtigen den Beweiswert der Gutachten als Ganzes aber nicht. Es ist daher gestützt auf die gutachterlichen Einschätzungen überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch zu 80% arbeitsfähig ist.

4.

4.1 Im Folgenden ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers mittels eines Einkommensvergleichs zu berechnen. Betreffend die Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten Einkommen angeknüpft, da davon auszugehen ist, dass die versicherte Person ohne den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die bisherige Tätigkeit weitergeführt hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1). Gemäss dem Arbeitgeberbericht der M.\_\_\_\_ AG vom 6. April 2006 ist der Beschwerdeführer bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens als Lastwagenchauffeur tätig gewesen und hat seit dem 1. Januar 2005 ein Einkommen von Fr. 58'500.-- erzielt. Im Jahr 2006 hätte der Beschwerdeführer laut Angaben des Arbeitgebers Fr.



58'800.-- verdient (vgl. IV-act. 27). In der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin die Zahlen für das Jahr 2009 herangezogen und ist von einem Valideneinkommen in Höhe von Fr. 59'950.-- ausgegangen (vgl. IV-act. 188-2). Der Rechtsvertreter hat vorgebracht, dass aktuell ein Valideneinkommen von Fr. 64'000.--/65'000.-- zu Grunde gelegt werden müsse, da der Beschwerdeführer, hätte er seinen Beruf weiter ausgeübt, heute mindestens diesen Lohn verdienen würde. Massgebend für die Bestimmung der Vergleichseinkommen ist grundsätzlich das Lohnniveau jenes Jahres, in dem der Rentenanspruch theoretisch frühestens entstehen würde. Da sich jedoch vorliegend das Validen- und Invalideneinkommen gleichlaufend entwickelt haben, kann die Frage, welche Jahreseinkommen heranzuziehen sind, offen bleiben. Im Folgenden werden die Vergleichseinkommen beispielhaft gestützt auf das Lohnniveau des Jahres 2012 bestimmt. Ausgehend vom Jahreslohn für 2006 gemäss dem Arbeitgeberbericht in Höhe von Fr. 58'800.-- und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2006 bis 2012 (vgl. Lohnentwicklung 2012, Bundesamtes für Statistik, Tabelle 39 "Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne", Veränderung gegenüber dem Vorjahr: 2007: 1,6%, 2008: 2,2%, 2009: 2,1%, 2010: 0,7%, 2011: 1% und 2012: 0,8%) beträgt das Valideneinkommen im Jahr 2012 rund Fr. 63'908.--.

4.2 Beim Invalideneinkommen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer gemäss den beiden ABI-Gutachten zwar für sämtliche und damit auch für die bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur zu 80% arbeitsfähig eingeschätzt worden ist. Jedoch haben die Gutachter auch festgehalten, dass die angestammte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur aufgrund der möglichen Fremdgefährdung, die der Beschwerdeführer durch sein subjektives Verhalten provoziert, ungeeignet sei (vgl. IV-act. 132-30). Somit kann der Beschwerdeführer die Tätigkeit als Lastwagenchauffeur nicht mehr ausüben, obwohl sie ihm in medizinischer Hinsicht zumutbar wäre. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin daher zu Recht auf den statistischen Durchschnittsverdienst von Arbeitnehmern gemäss der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik zugegriffen. Im Jahr 2010 haben Männer in Hilfstätigkeiten ein durchschnittliches Jahreseinkommen von Fr. 61'414.-- erzielt (vgl. Anhang 2 [Lohnentwicklung] zu der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Gesetzestextausgabe 2012). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2012 (2011: 1%, 2012: 0,8% = Fr. 62'524.--) und



ausgehend von der 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 50'019.-- (Fr. 62'524.-- x 0,8). Beim Beschwerdeführer sind keine praxisgemäss zu berücksichtigenden Gründe (vgl. BGE 126 V 75) ersichtlich, welche zu lohnmässigen Nachteilen gegenüber gesunden Arbeitnehmern führen könnten. Ein Abzug vom statistischen Tabellenlohn ist daher nicht vorzunehmen.

4.3 Stellt man die beiden Vergleichseinkommen einander gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 13'889.-- (Fr. 63'908.-- - Fr. 50'019.--). Diese entspricht einem Invaliditätsgrad von rund 22%. Mit einem unter 40% liegenden Invaliditätsgrad kann kein Rentenanspruch begründet werden (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Die Beschwerdegegnerin hat das Rentengesuch des Beschwerdeführers folglich zu Recht abgewiesen.

5.

5.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann.

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 bei dem vorliegenden durchschnittlichen Beurteilungsaufwand angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/sGS 951.1]). Mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- sind die Gerichtskosten beglichen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.



2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist mit dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss beglichen.