



**Fall-Nr.:** IV 2013/427  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 29.05.2020  
**Entscheiddatum:** 25.11.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 25.11.2015**

**Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV, Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG. Neuanmeldung, Rentenanspruch. Beweiswürdigung eines polydisziplinären Verlaufsgutachtens. Prozentvergleich. Kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. November 2015, IV 2013/427).**

Entscheid Versicherungsgericht, 25.11.2015

#### **Entscheid vom 25. November 2015**

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

Geschäftsnr.

IV 2013/427

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Michael Bühler, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_, meldete sich erstmals am 29. August 1995 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt für Augenkrankheiten FMH, nannte in seinem Bericht vom 14. September 1995 als Diagnosen Keratokonus und Amblyopie beidseits. Er hielt fest, der Versicherte benötige Hilfsmittel in Form von Kontaktlinsen (vgl. IV-act. 3). Mit einer Verfügung vom 2. November 1995 lehnte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf Kostenübernahme der Kontaktlinsen ab, da die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt waren (IV-act. 6).

A.b Am 2. Juni 1998 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an. Sein Hausarzt, Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, gab in einem Bericht vom 15. Juni 1998 als Diagnose eine chronische Polyarthrititis an. Er hielt fest, dass seit dem 1. Juni 1998 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in der bisherigen Tätigkeit als Küchengehilfe bestehe. Trotz dem Umstand, dass der Versicherte auf die eingeleitete Behandlung mit Methotrexat anspreche, werde mit Sicherheit eine reduzierte Belastbarkeit bestehen bleiben (IV-act. 11). Mit einer Verfügung vom 20. Oktober 1998 wies die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen sowie Rentenleistungen zurzeit ab, mit der Begründung, dass die einjährige Wartezeit noch nicht erfüllt sei (IV-act. 21).



A.c Eine erneute Anmeldung des Versicherten bei der IV-Stelle erfolgte am 13. Februar 2001 (IV-act. 25). Dr. C.\_\_\_\_ gab in einem Verlaufsbericht vom 12. Februar 2001 an, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert habe. Es beständen folgende Diagnosen: ausgeprägte Bronchiektasen der linken Lunge, seronegative rheumatoide Arthritis, ED 1/98 mit Methotrexat-induzierter Hepatitis, medikamentös induzierte Stoffwechsellage, Adipositas sowie Hyperlipidämie. In der früheren Tätigkeit als Küchengehilfe bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 20. September 2000. Der Versicherte könne höchstens noch leichteren Tätigkeiten nachgehen (IV-act. 30). In einem weiteren Verlaufsbericht vom 15. Oktober 2001 gab Dr. C.\_\_\_\_ einen einigermaßen stationären Gesundheitszustand des Versicherten an. Bezüglich der Diagnosen habe sich dahingehend eine Veränderung ergeben, dass die am Kantonsspital D.\_\_\_\_ tätigen Rheumatologen die Diagnose einer seronegativen chronischen Polyarthritits nach erneuten Abklärungen für falsch hielten. Bezüglich der Befundlage seien beim Versicherten neu Handschmerzen beidseits aufgetreten. Diesbezüglich sei im D.\_\_\_\_ ein Karpaltunnelsyndrom beidseits festgestellt und eine operative Dekompression empfohlen worden. Der Versicherte könne – nach der erfolgten Handoperation – in einer leichten leidensangepassten Tätigkeit, z.B. als Küchengehilfe, sicher eine 100%ige Arbeitsleistung erbringen (IV-act. 33). Am 14. Januar 2002 berichtete Dr. C.\_\_\_\_, dass bei der Operation des Karpaltunnelsyndroms beidseits eine ausgeprägte Beugesehnensynovialitis festgestellt worden sei, wodurch der Verlauf entsprechend protrahiert gewesen sei. Neu sei es auch wieder zu einem entzündlichen Schub im Bereich der Grundgelenke der beiden Hände gekommen, so dass die früher verworfene Diagnose einer Polyarthritits wohl nochmals überdacht werden müsse. Der Versicherte sei seit dem 15. Oktober 2001 wieder zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 40). Auf Veranlassung des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stelle (RAD) wurde der Versicherte am 2. April 2003 im Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) in Basel polydisziplinär untersucht und begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 16. Mai 2003 wurde als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Polysynovitis /Polyarthralgien unklarer Ätiologie (DD: Verdacht auf seronegative rheumatoide Arthritis) genannt. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass beim Versicherten seit dem 1. Juni 1998 eine 50%ige und seit dem 20. September 2000 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Erwerbstätigkeiten bestehe. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei rheumatologisch bedingt. Die



medizinische Massnahme, eine Basistherapie mit Methotrexat, welche die Arbeitsfähigkeit verbessern könnte, sei bereits sechs Wochen vor der Begutachtung eingeleitet worden. Es werde deshalb eine Neu Beurteilung in ca. 12 Monaten empfohlen (IV-act. 55). Gestützt auf das ABI-Gutachten sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine halbe Rente ab 1. Juni 1999 (Verfügung vom 21. Mai 2004; IV-act. 64, 65) und eine ganze Rente ab 1. Dezember 2000 zu (Verfügung vom 13. Mai 2004; IV-act. 66).

A.d Im April 2005 leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren ein. Der Versicherte gab am 9. April 2005 in einem Fragebogen an, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe und er zusätzlich an Rückenschmerzen (LWS) leide (IV-act. 70). In einem Verlaufsbericht vom 17. Mai 2005 hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär. Die medikamentöse Therapie mit u.a. Methotrexat werde fortgesetzt und es erfolgten regelmässige rheumatologische Kontrollen. Der Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig. Eine Verbesserung sei nicht zu erwarten (IV-act. 77). Der behandelnde Rheumatologe, Dr. med. E.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, nannte in seinem Bericht vom 2. September 2005 als Diagnosen eine seronegative rheumatoide Arthritis, ein lumbovertebrales Syndrom, ausgeprägte Bronchiektasen des linken Lungenunterlappens sowie Keratokonus und Amblyopie beidseits. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass die Belastbarkeit des Versicherten bezüglich der Gelenke beeinträchtigt sei. Mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten seien ihm deshalb aus rheumatologischer Sicht nicht zumutbar. In der bisherigen, als körperlich mittelschwer zu bezeichnenden Tätigkeit als Küchenhilfe bestehe somit keine Arbeitsfähigkeit. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten seien aus rheumatologischer Sicht zumutbar, wobei das mögliche Pensum schwierig einzuschätzen sei (IV-act. 91). Der RAD hielt am 7. November 2005 fest, das Hauptproblem in diesem Fall sei, dass der Gesundheitszustand des Versicherten im Zeitpunkt der Begutachtung durch das ABI im Mai 2003 nicht stabil gewesen sei. Aus diesem Grund sei eine Verlaufsbeurteilung notwendig, wobei auch auf das Augen- und Rückenleiden eingegangen werden sollte (IV-act. 93). Im Verlaufsgutachten des ABI vom 6. Juli 2006 wurden als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen eine seronegative nicht erosive rheumatoide Arthritis sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom angegeben. Die Gutachter führten aus, dass sich die seronegative rheumatoide Arthritis unter Etablierung einer anti-entzündlichen



Medikation seit der Vorbegutachtung im Mai 2003 deutlich verbessert habe. Die neu aufgetretenen lumbalen Rückenbeschwerden seien auf leichte degenerative Veränderungen zurückzuführen und hätten keinen Einfluss auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Für die Tätigkeit als Küchengehilfe bestehe eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50%. Körperlich leichte, die Wirbelsäule schonende Tätigkeiten seien dem Versicherten mit einem vollen Pensum zuzumuten (IV-act. 101). Mit einer Verfügung vom 8. November 2006 stellte die IV-Stelle die Ausrichtung der bisherigen ganzen Rente ein (IV-act. 109). Die vom Versicherten gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht St. Gallen mit einem Entscheid vom 18. April 2008, IV 2006/281, abgewiesen (IV-act. 129).

B.

B.a Am 14. Januar 2010 meldete sich der Versicherte wieder bei der IV-Stelle an (IV-act. 134). Gemäss einem Bericht der Klinik für Chirurgie am D.\_\_\_\_ vom 30. November 2009 waren beim Versicherten am 12. November 2009 eine diagnostische Thorakoskopie links und eine offene Unterlappenresektion mit Teilresektion des Oberlappens links durchgeführt worden. Als Austrittsdiagnose hatte die behandelnde Ärztin rezidivierende Infekte bei Bronchiektasen im Unterlappen und basalen Oberlappen rechts und mit mittelschwerer restriktiver Ventilationsstörung angegeben (IV-act. 136). In einer Aktennotiz vom 20. Januar 2010 hielt die IV-Stelle fest, dass der Versicherte mit den eingereichten medizinischen Unterlagen eine Veränderung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht habe, womit auf seine Neuanschuldung einzutreten sei (IV-act. 138). In einem Bericht vom 15. März 2010 gab der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ einen verschlechterten Gesundheitszustand des Versicherten an und nannte folgende Diagnosen: Status nach Unterlappen- und Oberlappenteilresektion links wegen Bronchiektasen, mittelschwere restriktive Ventilationsstörung, seronegative rheumatoide Arthritis sowie Diabetes mellitus Typ II. Er hielt fest, die relativ ausgedehnte Lungenresektion habe zu einer reduzierten körperlichen Belastbarkeit geführt. Der Versicherte leide unter verstärkter Anstrengungsdyspnoe. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. In körperlich leichteren Tätigkeiten bestehe aufgrund des Gelenkleidens sowie der Lungenfunktionseinschränkung eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 146).



B.b Die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle veranlasste eine berufliche Abklärung des Versicherten im Programm Projekt-Werkstatt vom 3. August bis 31. Oktober 2010. Sie hielt fest, es sei geplant, dass der Versicherte vormittags ein 50%-Pensum in körperlich leichten Tätigkeiten leisten werde. Innerhalb der beruflichen Abklärung, jedoch spätestens nach drei Monaten, sei dieses 50%-Pensum auf eine volle Präsenzzeit zu steigern (IV-act. 157, 159). Die Verantwortlichen der Projekt-Werkstatt gaben in einer Beurteilung vom 26. November 2010 an, dass dem Versicherten vor allem das Atmen sehr schwer falle. Aufgrund seiner gesundheitlichen Situation sei die Belastbarkeit zurzeit eingeschränkt. Bei einer Präsenz von 50% habe der Versicherte eine Leistung von etwa 70% gezeigt. Der Versuch, die Präsenzzeit zu erhöhen, sei am zweiten Tag gescheitert (IV-act. 175).

B.c In einem Verlaufsbericht vom 7. Dezember 2010 gab Dr. C.\_\_\_\_ wieder einen verschlechterten Gesundheitszustand des Versicherten an. Es bestünden Adipositas-Hypoventilationen in Kombination mit partieller Zwerchfelllähmung links, ED 10/2010. Die Anstrengungsdyspnoe sei progredient und die Leistungsfähigkeit reduziert. Anlässlich einer pneumologischen Abklärung im D.\_\_\_\_ habe die Anstrengungsdyspnoe objektiviert werden können. Als Behandlung werde einerseits eine nicht invasive Beatmung bei alveolärer Hypoventilation durchgeführt und andererseits bezüglich der steroidbedingten Adipositas die Therapie mit Steroiden sistiert und eine Gewichtsreduktion angestrebt (IV-act. 177). In einem Bericht vom 10. Dezember 2010 nannte der behandelnde Arzt der Abteilung für Pneumologie am D.\_\_\_\_, Dr. med. F.\_\_\_\_, als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rheumatoide Arthritis sowie eine schwere restriktive Ventilationsstörung bei partieller Zwerchfellparese links, ED 10/2010, nach partieller Unter- und Oberlappenresektion. Er hielt fest, dass sich seit einigen Monaten eine Zunahme der bekannten Anstrengungsdyspnoe zeige, nachdem es nach der Ober- und Unterlappenteilresektion im November 2009 anfänglich zu einer Besserung der Beschwerden gekommen sei. Zur Behandlung der alveolären Hypoventilation sowie des obstruktiven Schlafapnoesyndroms erfolge eine nicht-invasive Beatmung (nächtliche NIV-Beatmung). Bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit werde eine Besserung nach der Reduktion der Steroidmedikation bei möglicher Steroidmyopathie erhofft. Bezüglich der restriktiven Veränderungen bestehe sicher eine eingeschränkte Prognose. Betreffend die Arbeitsfähigkeit liege aus pneumologischer Sicht eine mittelschwer bis schwer eingeschränkte körperliche



Leistungsfähigkeit vor. Auch aus rheumatologischer Sicht bestehe sicher eine eingeschränkte Belastbarkeit. Schwere körperliche Tätigkeiten seien nicht zumutbar. In einem optimalen Arbeitsumfeld mit der Möglichkeit der Übernahme von schweren Tätigkeiten durch Kollegen sei die bisherige Tätigkeit als Küchengehilfe denkbar. Sofern die Rahmenbedingungen (keine zu langen Wege, kein Tragen von schweren Lasten) gegeben seien, sei eine Anstellung in einer leidensadaptierten Tätigkeit sicher halbtags, allenfalls auch ganztags möglich. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne ab sofort im Umfang von 50% gerechnet werden (IV-act. 180). Am 20. Januar 2011 berichtete Dr. F.\_\_\_\_, dass die Resultate nach Einführung der nicht-invasiven Ventilation ermutigend seien. Die Pulsoxymetrie habe sich nun normalisiert. Nach wie vor bestehe natürlich die mittelschwere Restriktion, welche den Versicherten funktionell deutlich einschränke (IV-act. 185).

B.d Auf Veranlassung des RAD (IV-act. 189) wurde der Versicherte am 21. September und 17. Oktober 2011 erneut durch das ABI begutachtet. Im entsprechenden Verlaufsgutachten vom 31. Januar 2012 nannten die Sachverständigen als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit den Status nach Unterlappenresektion links und Teilresektion des linken Oberlappens bei Bronchiektasen am 12. November 2009, ein Adipositas-Hypoventilationssyndrom und eine partielle Zwerchfelllähmung links, eine seronegative nicht erosive rheumatoide Arthritis, ein chronisches Zervikalsyndrom sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde u.a. die Diagnose Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) angegeben. In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, dass an objektivierbaren schmerzauslösenden Befunden eine beginnende degenerative Veränderung im Zervikal- und Lumbalbereich sowie eine durch das Übergewicht mitbedingte myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen hätten festgestellt werden können. Die seronegative nicht erosive rheumatoide Arthritis zeige unter der Basistherapie mit Methotrexat keine Entzündungsaktivität. Mit diesen Befunden erkläre sich nicht das gesamte geklagte Schmerzausmass. Als Ursache für das verstärkte Schmerzerleben sei bei der psychiatrischen Untersuchung eine Schmerzverarbeitungsstörung festgestellt worden. Bei fehlender psychiatrischer Komorbidität ergebe sich hieraus jedoch keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aufgrund der objektivierbaren rheumatologischen Befunde seien



dem Versicherten schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für mittelschwere Tätigkeiten wie die des Küchengehilfen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Für leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne länger dauernde Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, ohne häufige Tätigkeiten über Kopf, ohne andauernde Geh- und Stehbelastung und ohne starke Belastungen für die Hände beidseits bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus pneumologischer Sicht sei der Versicherte bei Status nach Unterlappenresektion und Teilresektion des Oberlappens links bei Bronchiektasen, einem Adipositas-Hypoventilationssyndrom und einer partiellen Zwerchfelllähmung links für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten, wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfskoch, zu 100% arbeitsunfähig. Für ausschliesslich leichte körperliche Tätigkeiten, ohne Kälte-, Nässe-, Dampf- und Staubexposition, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen hielt der pneumologische ABI-Gutachter fest, dass die lungenfunktionellen Befunde von 2000 bis 2011 gut übereinstimmten. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit decke sich mit der aktuellen Beurteilung des behandelnden Pneumologen Dr. F.\_\_\_\_, mit welchem er im Dezember 2011 diesbezüglich Rücksprache genommen habe. In polydisziplinärer Hinsicht attestierten die Gutachter für körperlich leichte adaptierte Tätigkeiten eine 85%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten, vollschichtig realisierbar. Die Leistungseinbusse von 15% könne aufgrund der gelegentlichen, infektbedingten Arbeitsausfälle und im Rahmen der Polymorbidität zuerkannt werden. Die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe sei dem Versicherten seit der Lungenoperation im November 2009 nicht mehr zumutbar (IV-act. 196). Gemäss seiner Stellungnahme vom 28. Februar 2012 erachtete der RAD das ABI-Gutachten als ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar (IV-act. 199).

B.e Mit einem Vorbescheid vom 6. Dezember 2012 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Sie führte zur Begründung aus, die Abklärungen hätten ergeben, dass seit dem 12. November 2009 in der angestammten Tätigkeit als Hilfskoch eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestehe. In einer leidensangepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 85%. Bezüglich des Einkommensvergleichs sei sowohl für die Bestimmung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik abzustellen. Dem Versicherten sei es unter Gewährung eines



Teilzeitabzuges von 8% zumutbar, ein Einkommen von Fr. 48'309.-- zu erzielen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 61'776.-- resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 13'467.--, was einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 22% entspreche (IV-act. 212). Am 25. Januar 2013 liess der Versicherte gegen den Vorbescheid einwenden, der Entscheid beruhe auf einer unrichtigen bzw. unvollständigen Sachverhaltserhebung (IV-act. 213). In einem ergänzenden Schreiben vom 8. April 2013 hielt der Rechtsvertreter zur Begründung im Wesentlichen fest, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den pneumologischen ABI-Gutachter, wonach für eine adaptierte Tätigkeit keine Einschränkung bestehen solle, weiche erheblich von Dr. F.\_\_\_\_ Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab. Der Gutachter habe sich weder mit der Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ auseinandergesetzt noch seine abweichende Beurteilung begründet. Weitergehende Angaben zu der vom Gutachter angeblich vorgenommenen Rücksprache bei Dr. F.\_\_\_\_ im Dezember 2011 liessen sich dem Gutachten nicht entnehmen. Da das Verlaufsgutachten gerade wegen der neuen pneumologischen Probleme in Auftrag gegeben worden sei, führe diese nicht schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht dazu, dass dem Gutachten kein Beweiswert zukomme. Überdies sei die mittlerweile vor eineinhalb Jahren erfolgte Begutachtung veraltet und überholt. Der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich gemäss den Angaben des Hausarztes Dr. Amman in der Zwischenzeit nämlich verschlechtert (IV-act. 219). Mit einem weiteren Schreiben vom 12. Juni 2013 reichte der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2013 ein und hielt dazu fest, dass dieser ausdrücklich und abweichend vom pneumologischen ABI-Gutachter eine Arbeitsaufnahme des Versicherten zu 100% für nicht realistisch halte. Vertretbar wäre in einer idealen leidensadaptierten Tätigkeit ein Pensum von 50%. Gestützt auf diese Einschätzung sei dem Versicherten eine halbe Rente auszurichten (IV-act. 221). Gemäss seinem Bericht vom 30. Mai 2013 hatte Dr. F.\_\_\_\_ den Versicherten am 29. Mai 2013 ambulant nachuntersucht. Er hatte ausgeführt, bei dem Versicherten bestehe nach wie vor eine schwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei mittelschwer eingeschränkter Sauerstoffaufnahme vor. Die Einschränkung der Muskelkraft dürfte durch das Zusammenkommen mit einem Trainingsmangel, aber auch mit der rheumatoiden Arthritis, zusätzlich verschlechtert werden. Die Lungenfunktion habe sich im zeitlichen Verlauf seit 2010 stabil gehalten. Eine Arbeitsaufnahme zu 100% sei aus körperlicher Sicht nicht realistisch. Vertretbar



## St.Galler Gerichte

wäre an einem idealen Arbeitsplatz, das heisst höchstens leichte körperliche Arbeit und keine Staub- und Dampfexposition, eine Arbeitsfähigkeit (ein Pensum) von 50%. Der Versicherte sei seit 2008 praktisch durchgehend zu 100% arbeitsunfähig. Im Jahr 2010 habe er während drei Monaten einen Arbeitsversuch zu 50% durchgeführt. Eine Steigerung sei zu dieser Zeit nicht möglich gewesen. In der Gesamtschau, "mit Rückblick und Entwicklung", sollte die IV-Begutachtung revidiert werden. Das Zusammenkommen der rheumatoiden Arthritis und der respiratorischen Insuffizienz sowie die aufgrund der Maskenintoleranz nicht behandelbare alveoläre Hypoventilation rechtfertige eine IV-Berentung zu mindestens 50%. Auch sei darauf zu achten, dass ein langsamer Eintritt in den Arbeitsprozess versucht würde (IV-act. 223). Der RAD hielt in seiner diesbezüglichen Stellungnahme vom 27. Juni 2013 fest, dass sich sowohl Dr. F.\_\_\_\_ als auch der pneumologische ABI-Gutachter einig seien, dass dem Versicherten aufgrund der eingeschränkten pulmonalen Leistungsfähigkeit nur noch leichte körperliche Tätigkeiten an einem idealen Arbeitsplatz ohne Staub- und Dampfexposition zumutbar seien. Dass aus rein pulmologischer Sicht eine derartige Tätigkeit nur noch zu 50% zumutbar sein solle, werde von Dr. F.\_\_\_\_ nicht begründet. Vielmehr sei dieser der Meinung, dass in der Gesamtschau, mit dem Zusammenkommen einer rheumatoiden Arthritis, einer respiratorischen Insuffizienz und einer Maskenintoleranz bei einem nicht behandelbaren Adipositas-Hypoventilationssyndrom eine IV-Berentung zu 50% gerechtfertigt sei. Die Nicht-Behandelbarkeit des Adipositas-Hypoventilationssyndroms werde in den Akten nicht bestätigt. Gemäss dem Bericht der Abteilung für Pneumologie am D.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2010 habe der Versicherte die nächtliche Atemunterstützung gut toleriert. Im Bericht vom Januar 2011 sei festgehalten worden, dass sich dadurch die Pulsoxymetrie normalisiert habe, das Hypoventilationssyndrom somit gut habe behandelt werden können. Anlässlich der pneumologischen Begutachtung durch das ABI am 17. Oktober 2011 habe der Versicherte jedoch angegeben, die nicht invasive Beatmungstherapie nur über zwei bis drei Monate umgesetzt zu haben; er habe subjektiv keinen Unterschied tagsüber bemerkt und habe die Therapie deshalb selbst wieder beendet. Auch eine grössere Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten durch die rheumatoide Arthritis lasse sich nicht bestätigen. Der rheumatologische ABI-Gutachter habe eine rheumatoide Arthritis klinisch und labortechnisch ohne Entzündungsaktivität und ohne arthritische Zeichen in den Röntgenaufnahmen bei freier Beweglichkeit



sämtlicher Gelenke diagnostiziert. Er habe deshalb festgehalten, dass aus rheumatologischer Sicht für eine adaptierte Tätigkeit keine Einschränkung bestehe. Ein für die geringe Leistungsfähigkeit mitverantwortlicher Trainingsmangel begründe keine Invalidität und könnte durch regelmässige leichte körperliche Aktivität gebessert werden. Zusammengefasst müsse an der Beurteilung des ABI vom Januar 2012, bei der eine interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen worden sei, festgehalten werden. Mit den im Einwand vom 8. April 2012 und 12. Juni 2013 vorgelegten medizinischen Unterlagen sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten belegt worden (IV-act. 224). Mit einer Verfügung vom 2. Juli 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch des Versicherten ab (IV-act. 225).

C.

C.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde des Versicherten (nachfolgend Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Michael Bühler, vom 3. September 2013. Der Beschwerdeführer beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 2. Juli 2013 und die Zusprache einer halben Rente ab 1. Juli 2010. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere Abklärungen vorzunehmen und neu zu verfügen. Der Rechtsvertreter führt zur Begründung im Wesentlichen an, das ABI-Gutachten vom 9. Februar 2012 (richtig: 31. Januar 2012), auf welches sich die Beschwerdegegnerin gestützt habe, sei nicht beweistauglich, da die Beurteilungen der vorbehandelnden Ärzte nicht berücksichtigt worden seien. Bezüglich der Atemprobleme des Beschwerdeführers fehle es an einer nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit der Beurteilung durch den behandelnden Pneumologen Dr. F.\_\_\_\_. Zwar habe der pneumologische Gutachter festgehalten, dass sich seine Beurteilung mit derjenigen von Dr. F.\_\_\_\_ decke und er mit ihm im Dezember 2011 Rücksprache genommen habe, jedoch fänden sich bezüglich dieser angeblichen Rücksprache weder eine Aktennotiz noch weitergehende Angaben. Der pneumologische Gutachter sei in seiner Beurteilung erheblich von Dr. F.\_\_\_\_s Einschätzung abgewichen. Während Dr. F.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 50% in einer leidensadaptierten Tätigkeit attestiert habe, betrage die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers laut dem Gutachten aus pneumologischer Sicht sowie in der Gesamtbetrachtung 100%. Lediglich die infektbedingten Arbeitsabsenzen und die



Polymorbidität würden zu einer Leistungseinbusse von 15% führen. Der RAD habe kritisiert, dass Dr. F.\_\_\_\_ seine Abweichung von der Einschätzung des ABI-Gutachters nicht begründet habe. Dabei werde übersehen, dass Dr. F.\_\_\_\_ nicht erst nach Vorliegen des Gutachtens, sondern schon zuvor im Bericht vom 10. Dezember 2010 nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht attestiert habe. Weiter sei es nicht Aufgabe des behandelnden Arztes, Abweichungen von der Einschätzung des Gutachters zu begründen, sondern umgekehrt. Dabei könne es nicht genügen, wenn der Gutachter einen Konsens behauptete, der gar nicht bestanden habe. Der RAD habe Dr. F.\_\_\_\_ vorgeworfen, sich nicht auf die rein pneumologischen Aspekte beschränkt zu haben. Jedoch habe Dr. F.\_\_\_\_ am 10. Dezember 2010 die 50%ige Arbeitsunfähigkeit völlig losgelöst von den übrigen Beschwerden festgelegt. Erst in seiner Beurteilung vom 30. Mai 2013 habe er von einer Gesamtschau gesprochen. Der RAD habe weiter kritisiert, dass Dr. F.\_\_\_\_ eine Maskenintoleranz bei einem nicht behandelbaren Adipositas-Hypoventilationssyndrom in seine Beurteilung miteinbezogen habe, obwohl eine solche in den Akten nicht bestätigt werde. Dass eine Maskenintoleranz bestehe, sei dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ an den Hausarzt vom 30. August 2012 (richtig wohl: 30. Mai 2013) jedoch unmissverständlich zu entnehmen. Im Weiteren habe der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. März 2010 angegeben, dass der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit maximal zu 50% arbeitsfähig sei. Die ABI-Gutachter hätten dazu geschrieben, diese Beurteilung gebe einzig die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers wieder. Angesichts der langen Diagnoseliste sei die Auffassung des ABI, wonach keine objektiven Befunde vorlägen, unhaltbar. Im Übrigen seien im Gutachten nicht alle Diagnosen aufgeführt, weshalb sich das Gutachten als unvollständig erweise. Schliesslich seien auch während der beruflichen Abklärung Einschränkungen des Beschwerdeführers festgestellt worden. Ausgehend von der 50%igen Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ und einem Teilzeitabzug von 10% resultiere schon ohne leidensbedingten Abzug ein Invaliditätsgrad von 55% (act. G 1).

C.b Am 7. November 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. In der Begründung hält sie fest, das ABI-Gutachten vom 31. Januar 2012 sei ausführlich abgefasst und dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung erschienen als begründet. Durch den polydisziplinären Ansatz sei gewährleistet, dass medizinische Einzeldisziplinen bei der



Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht ein zu grosses Gewicht beikomme, sondern eine Gesamtbetrachtung stattfinde. Die Einwände des Beschwerdeführers gegen das pneumologische Konsilium seien nicht stichhaltig. Der Gutachter habe nachvollziehbar ausgeführt, dass der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers habe sich der Gutachter nicht speziell mit dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2010 auseinandersetzen müssen, zumal dieser ausgeführt habe, dass dem Beschwerdeführer sicher eine halbtägige, wenn nicht allenfalls eine ganztägige Anstellung möglich sei. Bei dieser Einschätzung habe Dr. F.\_\_\_\_ zudem auch das rheumatologische Leiden des Beschwerdeführers mitberücksichtigt. Er sei als Pneumologe jedoch nicht fachärztlich kompetent, die rheumatologische Einschränkung des Beschwerdeführers festzusetzen. Auch im Bericht vom 30. Mai 2013 habe Dr. F.\_\_\_\_ wiederum das rheumatologische Leiden in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung miteinbezogen, weshalb schon allein deshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Weiter gehe er nicht auf das ABI-Gutachten ein und begründe seine abweichende Einschätzung nicht. Weshalb der Beschwerdeführer bezüglich der Behandlung der Adipositas-Hypoventilation auf einmal eine Maskenintoleranz aufweisen solle, nachdem er die Maske ab Dezember 2010 bis 1. Februar 2012 gut toleriert habe, sei nicht nachvollziehbar. Die von Dr. F.\_\_\_\_ erwähnte ungenügende Compliance sei IV-rechtlich unbeachtlich, weil der Beschwerdeführer aufgrund des Grundsatzes der Schadenminderungspflicht gehalten sei, die Compliance zu wahren. Im Weiteren sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung zugunsten ihrer Patienten aussagten. Die Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ und des Hausarztes Dr. C.\_\_\_\_ enthielten keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben wären und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Deshalb sei auf das ABI-Gutachten abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit von 85% in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (act. G 4).

C.c Mit einer Replik vom 15. November 2013 hält der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdeanträgen fest. Der Rechtsvertreter bringt vor, dass Dr. F.\_\_\_\_ mit seinem Bericht vom 30. Mai 2013, womit er die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auch nach der Begutachtung auf 50% geschätzt habe, widerlegt habe, dass eine Rücksprache mit dem ABI-Gutachter stattgefunden habe. Die Beschwerdegegnerin



## St.Galler Gerichte

verweise auf die Angabe von Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 10. Dezember 2010, wonach dem Beschwerdeführer eine halbtägige, allenfalls eine ganztägige Anstellung möglich sei. Dr. F.\_\_\_\_ habe jedoch auf die Frage, in welchem Umfang eine leidensadaptierte Tätigkeit möglich sei, unmissverständlich festgehalten, dass mit einer Wiederaufnahme der beruflichen

Tätigkeit im Umfang von "50% ab sofort" zu rechnen sei. Wenn der ABI-Gutachter diese Arbeitsfähigkeit verdoppeln wolle, habe er sich mit der abweichenden Beurteilung des behandelnden Arztes auseinanderzusetzen. Bezüglich der nächtlichen Atemunterstützung sei Dr. F.\_\_\_\_ im Januar 2011 noch zuversichtlich gewesen. Am 30. Mai 2013 habe er jedoch über eine zwischenzeitlich eingetretene Maskenintoleranz und den Abbruch der NIV-Therapie per 1. Februar 2012 berichtet. Innerhalb dieser Zeitspanne könne sich diese Entwicklung (Maskenintoleranz) sicher einstellen. Eine allfällige fehlende Compliance dürfe dem Beschwerdeführer nicht zum Nachteil gereichen, da er weder gemahnt noch auf die Rechtsfolgen hingewiesen worden sei. Offen sei auch, ob die NIV-Therapie angesichts der Maskenintoleranz überhaupt zumutbar wäre (act. G 6).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 8).

## Erwägungen

1.

1.1 Ist eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads verweigert bzw. ein Rentengesuch abgewiesen worden, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen des Eintretens auf ein Rentenrevisionsgesuch (analog) erfüllt sind, d.h. wenn mit der Neuanschuldung glaubhaft gemacht wird, dass eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrads eingetreten ist (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Entgegen dem Wortlaut der genannten Verordnungsbestimmung ist nicht direkt eine Veränderung des Invaliditätsgrads glaubhaft zu machen. Es genügt, wenn eine Veränderung eines für die Invaliditätsbemessung relevanten Sachverhaltselements (i.d.R. des Arbeitsfähigkeitsgrads) glaubhaft gemacht wird und daraus eine leistungsrelevante Veränderung des Invaliditätsgrads resultieren kann. Das



Glaubhaftmachen stellt niedrigere Beweisanforderungen als der im Sozialversicherungsrecht im Allgemeinen massgebende Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung (bzw. Sachlage) nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2011, 9C\_236/2011)

1.2 Anlässlich der Renteneinstellung (Verfügung vom 8. November 2006) hat sich die Beschwerdegegnerin auf das ABI-Verlaufsgutachten vom 6. Juli 2006 gestützt und ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensadaptierten Tätigkeiten ausgegangen. Die Gutachter haben als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rheumatoide Arthritis und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom genannt (vgl. IV-act. 101-19). Bei der Neuanmeldung vom 14. Januar 2010 hat der Beschwerdeführer angegeben, seit 2008 zusätzlich zu seinen bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen an einer Lungenkrankheit zu leiden (vgl. IV-act. 134-6). Bestätigt worden ist diese Angabe durch den Bericht der Klinik für Chirurgie vom 30. November 2009, wonach beim Beschwerdeführer aufgrund von Bronchiektasen und rezivierenden Infekten am 12. November 2009 eine offene Unterlappenresektion mit Teilresektion des Oberlappen links vorgenommen worden war. Als Austrittsdiagnose hat die behandelnde Ärztin rezidivierende Infekte bei Bronchiektasen im Unterlappen und basalen Operlappen rechts und bei mittelschwerer restriktiver Ventilationsstörung genannt (vgl. IV-act. 136). Damit hat der Beschwerdeführer eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes bzw. seines Arbeitsfähigkeitsgrades im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt des Erlasses der leistungseinstellenden Verfügung vom 8. November 2006 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten (vgl. IV-act. 138).

2.

2.1 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.



2.2 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% ein Anspruch 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).

2.3 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 massgeblichen 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 Zu klären ist im Folgenden die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Die Beschwerdegegnerin hat sich auf das ABI-Gutachten vom 31. Januar 2012 gestützt und ist von einer 85%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensadaptierten Tätigkeiten ausgegangen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht geltend, das ABI-Gutachten vom 31. Januar 2012 sei nicht beweistauglich, weil die Gutachter die Beurteilungen der behandelnden Ärzte nicht berücksichtigt hätten. Insbesondere habe sich der pneumologische ABI-Gutachter nicht mit der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2010 auseinandergesetzt.

3.2 Bei einem Vergleich der Beurteilung des pneumologischen ABI-Gutachters mit dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2010 zeigt sich, dass die Angaben bezüglich der Diagnosen und Befunde in pneumologischer Hinsicht im Wesentlichen übereinstimmen. Beide Ärzte haben als pneumologische Diagnosen den Status nach Unterlappenresektion links und Teilresektion des linken Oberlappen bei Bronchiektasen am 12. November 2009 sowie ein Adipositas-Hypoventilationssyndrom und eine partielle Zwerchfelllähmung links genannt (vgl. IV-act. 180-1; 196-28 f.). Bei den Befunden haben beide lungenfunktionell eine mittelschwere Restriktion sowie eine leichte Obstruktion festgestellt (IV-act. 180-2; 196-28; 177-4). Zudem hat der pneumologische ABI-Gutachter auch den von Dr. F.\_\_\_\_ bei einer Spiroergometrie im November 2010 erhobenen Befund einer schwer eingeschränkten Leistungsfähigkeit und einer mittelschwer eingeschränkten Sauerstoffaufnahme bei ventilatorischer Limitierung in seine Beurteilung aufgenommen und mitberücksichtigt (vgl. IV-act. 196-29; 180-2; 177-4). Beide Ärzte sind somit aus pneumologischer Sicht vom gleichen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ausgegangen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hat der ABI-Gutachter festgehalten, dass der Beschwerdeführer aus rein pneumologischer Sicht für körperlich schwere und mittelschwere Arbeiten, d.h. auch für seinen zuletzt ausgeübten Beruf als Hilfskoch, zu 100% arbeitsunfähig sei. Für lediglich leichte körperliche Tätigkeiten ohne Exposition mit Nässe, Kälte, Dampf und Staub bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei mit zusätzlichen Arbeitsausfällen aufgrund von Infekten zu rechnen sei (vgl. IV-act. 196-29). Dr. F.\_\_\_\_ hat am 10. Dezember 2010 ausgeführt, dass dem Beschwerdeführer schwere körperliche Arbeit aufgrund seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit nicht zumutbar sei. In einem optimalen Arbeitsumfeld mit der Möglichkeit, dass Arbeitskollegen schwere Tätigkeiten



übernehmen, sei die bisherige Arbeit als Hilfskoch denkbar/vorstellbar. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei – sofern die Rahmenbedingungen gegeben seien (keine zu langen Wege, kein Tragen von schweren Lasten) – eine Anstellung sicher halbtags, allenfalls ganztags möglich. Eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne ab sofort im Umfang von 50% erwartet werden (vgl. IV-act. 180-3). Während der ABI-Gutachter die Arbeitsfähigkeit aus rein pneumologischer Sicht festgelegt hat, ergibt sich aus dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_, dass dieser wohl auch rheumatologische Aspekte bei seiner Einschätzung berücksichtigt hat. Einerseits hat er bei den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auch die rheumatoide Arthritis aufgeführt (vgl. IV-act. 180-1), andererseits hat er bei der Frage, welche körperlichen Einschränkungen bestehen, angegeben, dass beim Beschwerdeführer auch aus rheumatologischer Sicht sicher eine eingeschränkte Belastbarkeit bestehe (vgl. IV-act. 180-2). In seinem Bericht vom 30. Mai 2013 hat Dr. F.\_\_\_\_ bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit ausdrücklich eine Gesamtbetrachtung vorgenommen und auch ausserhalb seines Fachgebietes liegende Gesundheitseinschränkungen miteinbezogen (vgl. IV-act. 223-2). Da er dort wie bereits im Bericht vom 10. Dezember 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert hat, ist davon auszugehen, dass es sich bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Bericht vom 10. Dezember 2010 ebenfalls um eine Gesamtbetrachtung und nicht um eine Einschätzung aus rein pneumologischer Sicht gehandelt hat. Der pneumologische Gutachter hat angegeben, dass er bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit Dr. F.\_\_\_\_ im Dezember 2011 Rücksprache genommen habe und dass dieser ebenfalls von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgehe (vgl. IV-act. 196-29). Diese Angabe erscheint plausibel, wenn davon ausgegangen wird, dass Dr. F.\_\_\_\_ sich bei dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung auf die rein pneumologischen Aspekte beschränkt hat. Im Bericht vom 10. Dezember 2010 hat er nämlich auch festgehalten, dass allenfalls eine ganztägige Anstellung in einer leidensadaptierten Tätigkeit möglich sei. Der Rechtsvertreter beanstandet, dass weder im Gutachten noch in den Akten ein Nachweis dieses vom Gutachter erwähnten Gesprächs zu finden sei. Dies trifft zwar zu, jedoch ist auch festzuhalten, dass Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht vom 30. Mai 2013 die Aussage des Gutachters nicht dementiert hat. Falls – wie der Rechtsvertreter vorbringt – ein solches Gespräch gar nicht stattgefunden hätte, wäre wohl zu erwarten gewesen, dass Dr. F.\_\_\_\_ sich im Bericht vom 30. Mai 2013 dazu entsprechend geäussert hätte. Die Frage, ob und wenn ja, mit welchem Inhalt ein Gespräch zwischen



dem Gutachter und Dr. F.\_\_\_\_ stattgefunden hat, kann vorliegend offen bleiben. Der Unterschied zwischen den Arbeitsfähigkeitsschätzungen des pneumologischen ABI-Gutachters und Dr. F.\_\_\_\_ ist überwiegend wahrscheinlich darin zu sehen, dass der Gutachter eine rein pneumologische Beurteilung, Dr. F.\_\_\_\_ hingegen eine Gesamtbetrachtung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vorgenommen hat, wofür ihm als Pneumologe jedoch die nötigen Fachkenntnisse fehlen. Aus diesem Grund ist die Beurteilung des pneumologischen ABI-Gutachters auch ohne weitergehende Auseinandersetzung mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung Dr. F.\_\_\_\_ überzeugend.

3.3 Fraglich ist, ob der rund eineinhalb Jahre nach der Begutachtung verfasste Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2013 Zweifel an der Beurteilung des pneumologischen ABI-Gutachters aufkommen lässt. Dr. F.\_\_\_\_ hat festhalten, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor eine schwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei mittelschwer eingeschränkter Sauerstoffaufnahme vorliege. Die Lungenfunktion habe sich im zeitlichen Verlauf seit 2010 stabil gehalten (vgl. IV-act. 223-2). Gemäss dieser Aussage hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus rein pneumologischer Sicht seit der Begutachtung nicht verändert. Dennoch ist Dr. F.\_\_\_\_ von einem verschlechterten somatischen Gesundheitszustand ausgegangen und hat ausgeführt, dass die Einschränkung der Muskelkraft durch das Zusammenkommen mit einem Trainingsmangel, aber auch mit der rheumatoiden Arthritis zusätzlich verschlechtert werde. Eine Arbeitsaufnahme zu 100% sei aus körperlicher Sicht nicht realistisch. Vertretbar bzw. denkbar wäre an einem idealen Arbeitsplatz, d.h. höchstens leichte körperliche Arbeit ohne Staub- und Dampfexposition, ein Pensum von 50%. Der Beschwerdeführer sei seit 2008 praktisch durchgehend zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Im Jahr 2010 habe er während drei Monaten einen Arbeitsversuch zu 50% durchgeführt. Eine Steigerung sei damals nicht möglich gewesen. In der Gesamtschau, "mit Rückblick und Entwicklung", sollte die IV-Begutachtung revidiert werden. Das Zusammenkommen der rheumatoiden Arthritis und der respiratorischen Insuffizienz sowie die aufgrund der Maskenintoleranz nicht behandelbare alveoläre Hypoventilation rechtfertige eine IV-Berentung zu 50% (vgl. IV-act. 223-2). Aus seiner Beurteilung ergibt sich, dass Dr. F.\_\_\_\_ – wie er auch selbst ausdrücklich geschrieben hat – eine Gesamtbeurteilung vorgenommen und bei seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung auch nicht pneumologische Aspekte miteinbezogen hat. Namentlich hat er – wie bereits im



Vorbericht vom 10. Dezember 2010 – die für ihn fachfremde Diagnose der rheumatoiden Arthritis berücksichtigt. Weiter ist der von ihm angegebene Trainingsmangel invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich, da es sich um einen Zustand handelt, den der Beschwerdeführer zumutbarerweise innert nützlicher Frist verbessern kann. Zur Begründung, weshalb er den Beschwerdeführer als zu mindestens 50% arbeitsunfähig erachte, hat Dr. F.\_\_\_\_ auch auf die seit 2008 bestehende 100%ige Arbeitsabsenz sowie den gescheiterten Arbeitsversuch im Jahr 2010 verwiesen. Damit hat er Umstände miteinbezogen, die lediglich die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers, welcher sich nur in geringem Umfang für arbeitsfähig hält, zum Ausdruck bringen. Als Grundlage für die Festlegung einer objektiven medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind diese Aspekte nicht geeignet. Aus den genannten Gründen kann der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ im Bericht kein Beweiswert zuerkannt werden.

3.4 Die von Dr. F.\_\_\_\_ vorgebrachte Maskenintoleranz des Beschwerdeführers, aufgrund welcher die alveoläre Hypoventilation nicht (mehr) behandelbar sei, ist angesichts der Angaben in den früheren Berichten nicht nachvollziehbar. Im Bericht vom 17. Dezember 2010 hat Dr. F.\_\_\_\_ festgehalten, dass sich die NIV-Einschulung problemlos gestaltet und der Beschwerdeführer die nächtliche Atemunterstützung gut toleriert habe (vgl. IV-act. 179). Am 20. Januar 2011 hat Dr. F.\_\_\_\_ berichtet, dass sich anlässlich der Kontrolle vom 14. November 2011 bezüglich der nicht invasiven Ventilation eine normalisierte Pulsoxymetrie bei guter Compliance gezeigt habe (vgl. IV-act. 185-1). Im Bericht vom 20. Mai 2013 hat Dr. F.\_\_\_\_ festgehalten, dass die NIV-Therapie per 1. Februar 2012 wegen ungenügender Compliance und Maskenintoleranz habe abgebrochen werden müssen (vgl. IV-act. 223-1). Der Beschwerdeführer hat im Rahmen der pneumologischen Begutachtung am 17. Oktober 2011 ausgesagt, dass er die nicht invasive Beatmungstherapie nur während zwei bis drei Monaten durchgeführt habe und diese aktuell nicht mehr anwende. Er habe subjektiv keinen Unterschied tagsüber bemerkt und die Therapie selbst beendet (vgl. IV-act. 196-28). Aus der Angabe des Beschwerdeführers geht hervor, dass er die Therapie aufgrund der nach seiner Einschätzung fehlenden Wirksamkeit und nicht wegen einer aufgetretenen Maskenintoleranz abgebrochen hat. Der Therapieabbruch ist daher auf die fehlende Compliance, welche von Dr. F.\_\_\_\_ ebenfalls erwähnt worden ist, zurückzuführen. Da



überwiegend wahrscheinlich keine Maskenintoleranz besteht, ist das Adipositas-Hypoventilationssyndrom nach wie vor als behandelbare Erkrankung zu betrachten. Der pneumologische ABI-Gutachter hat den Zustand des Beschwerdeführers in einem Zeitpunkt beurteilt, in dem dieser die NIV-Therapie nach eigener Aussage bereits seit über einem halben Jahr nicht mehr angewendet hat. Da jedoch die pneumologischen Befunde im Gutachten mit jenen im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2010 im Wesentlichen übereinstimmen, ist es offensichtlich trotz der unterbliebenen NIV-Therapie nicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Auch wenn auf die bezüglich der Therapiedauer abweichende Angabe von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt würde, wonach der Beschwerdeführer die NIV-Therapie bis 1. Februar 2012 angewendet hat (vgl. IV-act. 223-1), zeigt der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2013, dass es auch nach diesem Zeitpunkt nicht zu einer Verschlechterung aus pneumologischer Sicht gekommen ist. Dr. F.\_\_\_\_ hat angegeben, dass die Lungenfunktion im zeitlichen Verlauf seit 2010 stabil sei und nach wie vor eine schwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei mittelschwer eingeschränkter Sauerstoffaufnahme vorliege (vgl. IV-act. 223-2). Aus diesem Grund ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass der Wegfall der NIV-Therapie keine negativen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Auch wenn die fehlende NIV-Therapie negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätte, so wären diese aufgrund der mangelnden Compliance des Beschwerdeführers unbeachtlich. Insgesamt vermag der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2013 keinen Zweifel an der Beurteilung des pneumologischen Gutachters zu begründen, so dass auf dessen Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten abgestellt werden kann.

3.5 In rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem letzten ABI-Gutachten vom 6. Juli 2006 nicht verändert (vgl. IV-act. 196-21; 196-24). Die jeweiligen Beurteilungen der Gutachter sind umfassend und nachvollziehbar, so dass auch auf deren Arbeitsfähigkeitsschätzungen abgestellt werden kann. In der Gesamtbeurteilung sind die Gutachter zum Schluss gekommen, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Küchenhilfe seit der Lungenoperation im November 2009 nicht mehr zumutbar sei. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine 85%ige Arbeitsfähigkeit bei voller Präsenzzeit. Die Einschränkung von 15% ergebe sich



aufgrund der gelegentlichen infektbedingten Arbeitsausfälle und ihm Rahmen der Polymorbidität (vgl. IV-act. 196-32 f.). Der Rechtsvertreter beanstandet, die Gutachter seien bezüglich der Beurteilung des behandelnden Hausarztes Dr. C.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer zu maximal 50% arbeitsfähig sei, zu Unrecht davon ausgegangen, dass dieser einzig die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers wiedergebe. Im Bericht vom 15. März 2010 hat Dr. C.\_\_\_\_ angegeben, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Gelenkleidens und der Lungenfunktionseinschränkung sicher zu mindestens 50% arbeitsunfähig in adaptierten Tätigkeiten sei (vgl. IV-act. 146-2). In seinem Verlaufsbericht vom 7. Dezember 2010 ist er von einem verschlechterten Gesundheitszustand aufgrund der im Oktober 2010 neu gestellten Diagnose einer Adipositas-Hypoventilation in Kombination mit einer partieller Zwerchfelllähmung links ausgegangen, hat aber keine Arbeitsfähigkeitsschätzung vorgenommen (vgl. IV-act. 177-2). Mit den vom Hausarzt angeführten Leiden des Beschwerdeführers lässt sich eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit objektiv nicht begründen. Bezüglich des erwähnten Gelenkleidens ist sowohl im Gutachten vom 6. Juli 2006 als auch im Gutachten vom 31. Januar 2012 vom jeweiligen rheumatologischen Gutachter nachvollziehbar und gestützt auf eine umfassende Befunderhebung ausgeführt worden, dass die rheumatologischen Beschwerden keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten zur Folge hätten (vgl. IV-act. 101-14; 196-24). Auch die pneumologischen Beeinträchtigungen vermögen keine 50%ige Arbeitsfähigkeitseinschränkung zu begründen, wie sich aufgrund des ABI-Gutachtens vom 31. Januar 2012 gezeigt hat. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ ist daher nicht nachvollziehbar. Hinzu kommt, dass bei der Beweiswürdigung von Hausarztberichten rechtsprechungsgemäss der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Plädoyer 1994 S. 67 E. 3b, c). Somit kann die abweichende Einschätzung des Hausarztes den Beweiswert des ABI-Gutachtens nicht schmälern. Das gleiche gilt für die Ergebnisse der beruflichen Abklärung in der Projekt-Werkstatt, wo der Beschwerdeführer bei einer Präsenz von 50% nur eine Leistung von etwa 70% gezeigt hat (vgl. IV-act. 175-1). Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die im Rahmen der beruflichen Abklärung gezeigten Leistungseinbussen subjektiv und nicht medizinisch begründet gewesen sind. Schliesslich führt auch das Vorbringen des Rechtsvertreters,



wonach im Gutachten vom 31. Januar 2012 nicht alle beim Beschwerdeführer vorliegenden Diagnosen, namentlich das Augenleiden, berücksichtigt worden seien, nicht zu einem eingeschränkten Beweiswert des Gutachtens. Dass die im Gutachten vom 6. Juli 2006 genannte Diagnose der hohen Myopie, Keratokonus, im Gutachten vom 31. Januar 2012 nicht mehr ausdrücklich aufgeführt worden ist, bedeutet nicht, dass die Gutachter diese nicht berücksichtigt hätten, zumal die Diagnose auch bei den im Gutachten wiedergegebenen wichtigsten medizinischen Vordokumenten mehrfach ersichtlich ist (vgl. IV-act. 196-8 f.). Jedenfalls hat es sich bereits 2006 um eine Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehandelt (vgl. IV-act. 101-19). Da es in den Akten keinerlei Hinweise auf eine seitdem eingetretene Verschlechterung in ophthalmologischer Hinsicht gibt, ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die Diagnose auch im Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2012 keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gehabt hat.

3.6 Zusammengefasst erfüllt das ABI-Gutachten vom 31. Januar 2012 alle rechtssprechungsgemässen Anforderungen (vgl. oben, E 2.3) und ist als rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu betrachten. Die Gutachter haben aufgrund der neu aufgetretenen pneumologischen Gesundheitsbeeinträchtigungen des Beschwerdeführers im Vergleich zum Vorgutachten vom 6. Juli 2006 bzw. zu der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 8. November 2006 (vgl. IV-act. 109) eine leichte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit sowohl in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht festgestellt. Auf die gutachterliche Einschätzung einer 85%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensadaptierten Tätigkeiten ist vorliegend abzustellen. Da es keine Hinweise auf eine seit dem Gutachten vom 31. Januar 2012 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gibt, hat die 85%ige Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich auch noch im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2013 bestanden. Sollte es nach diesem Zeitpunkt zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gekommen sein, ist diese nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens, kann jedoch unter Umständen Anlass für eine Neuanmeldung bei der Beschwerdegegnerin geben.

4.



4.1 Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades ist im Folgenden ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

4.2 Bezüglich der Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens kann auf den Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 18. April 2008 verwiesen werden (vgl. IV-act. 129-12, E. 4). Demnach sind für beide Vergleichseinkommen jeweils die statistischen Durchschnittslöhne für Hilfsarbeiter gemäss der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen. In derartigen Fällen, wo zur Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens dieselbe Vergleichsgrösse herangezogen wird, kann anstelle eines Einkommensvergleichs ein sogenannter Prozentvergleich vorgenommen werden. Demnach entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4 mit Hinweis).

4.3 Mit dem Tabellenlohnabzug ist im Rahmen der Bestimmung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Beim Beschwerdeführer sind keine Umstände ersichtlich, aufgrund derer mit Lohnnachteilen gegenüber gesunden Arbeitskollegen gerechnet werden müsste. Den zu erwartenden vermehrten infektbedingten Arbeitsausfällen sowie der Polymorbidität ist von den ABI-Gutachtern bereits bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit mit einer Einschränkung von 15% Rechnung getragen worden. Die Beschwerdegegnerin hat einen "Teilzeitabzug" von 8% vorgenommen (vgl. IV-act. 210). Dazu ist festzuhalten, dass das Bundesgericht einen solchen Teilzeitabzug bei vollzeitlich arbeitsfähigen Personen, welche behinderungsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig sind, in ständiger Rechtsprechung verneint (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 16. August 2012, 8C\_344/2012; vom 4. April 2012, 8C\_20/2012). Da der Beschwerdeführer seine 85%ige Arbeitsfähigkeit gemäss den ABI-Gutachtern vollschichtig verwerten kann (vgl. IV-act.



196-32), kommt ein Teilzeitabzug vorliegend nicht in Betracht. Im Übrigen kann die Frage, ob und in welchem Ausmass ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen ist, offen bleiben, da der Beschwerdeführer selbst mit dem nach ständiger Praxis höchstmöglichen Abzugs von 25% keinen Invaliditätsgrad von mindestens 40% erreichen würde ( $15\% + [85\% \times 25\%] = 36,25\%$ ). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht mit einem unter 40% liegenden Invaliditätsgrad kein Anspruch auf eine Rente. Die angefochtene Verfügung vom 2. Juli 2013 erweist sich folglich als rechtmässig.

5.

5.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

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. 1bis 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.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

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