



Fall-Nr.: IV 2013/452
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.10.2019
Entscheiddatum: 08.06.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 08.06.2016

**Art. 28 IVG und Art. 16 ATSG. Beweiskraft eines ABI-Gutachtens.
Einkommensvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons
St. Gallen vom 8. Juni 2016, IV 2013/452). Bestätigt durch Urteil des
Bundesgerichts 8C_482/2016.**

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und
Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Geschäftsnr.

IV 2013/452

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Romana Kronenberg Müller,
Zürcherstrasse 25, Postfach 326, 8730 Uznach,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich im September 2011 unter Angabe von „starken Schmerzen, Schlafstörungen, depressiven Symptomen und hohem Blutdruck seit dem Unfall“ bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Er hatte sich am 27. August 2009 beim Transport von Material den rechten Unterschenkel an einem kleinen Transportwagen angeschlagen (act. G4.2, Schadenmeldung UVG vom 24. Februar 2010). In der Folge war aufgrund einer entzündlichen Entwicklung (beginnende Osteomyelitis) am 16. Juni 2010 die Operation des rechten Unterschenkels (Haut-Exzision, Dekortizieren von Tibia anterior rechts und freier Latissimus dorsi Lappen vom Rücken links zum Unterschenkel rechts; vgl. act. G4.2, Operationsbericht vom 30. Juni 2010) in der Klinik für Wiederherstellungschirurgie des Universitätsspitals Zürich (nachfolgend: USZ) durchgeführt worden (act. G4.2, Schadenmeldung UVG vom 10. Mai 2010; MR-Bericht vom 23. Februar 2010). Vom 19. August bis 1. September 2010 hatte eine stationäre Rehabilitation in der Klinik B.____ stattgefunden (act. G4.2, Austrittsbericht vom 27. September 2010). Am 17. August 2011 hatte der Versicherte einen Treppensturz erlitten und sich dabei an der rechten Schulter verletzt (gemäss MRI Schulter rechts vom 11. Januar 2012 [Suva-act. 156]: transmurale Supraspinatussehnenruptur, Ruptur des Subskapularisoberrandes und eine Bizepsstenopathie mit Subluxation rechts, im weiteren Verlauf Rotatorenmanschetten-Ruptur; vgl. act. G4.2, Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 8. Juni 2012 und Bericht vom 30. August 2012 von Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Kreisarzt-Stellvertreter). Ausserdem klagte der Versicherte über Lumbalgien (IV-act. 31-11/16).

A.b Die den Versicherten seit 22. September 2010 behandelnde Dr. med. D.____, Oberärztin, Bereichsleiterin Psychiatrie-Zentrum E.____, berichtete am 24. Oktober 2011



St.Galler Gerichte

(IV-act. 14) über die Diagnosen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und einer nicht organischen Insomnie. Die bisherige oder eine andere Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht zumutbar, soweit sie mit weniger Verantwortung verbunden sei. Eine Überlastung könne unter Umständen sehr schnell zu einem allfälligen Rückfall führen. Dem Versicherten sei es durch die Krankheit nur eingeschränkt möglich, flexibel auf Stress zu reagieren. Zum zeitlichen Rahmen äusserte sie sich nicht.

A.c Mit Schreiben vom 7. Dezember 2011 (IV-act. 19) und 17. Januar 2012 (IV-act. 20) wies die IV-Stelle den Versicherten auf seine Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht hin und bat ihn um aktive Mitwirkung an den beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Ansonsten drohe die Leistungseinstellung und Nichteintreten auf das Gesuch. Dr. med. F.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, nahm mit Schreiben vom 27. Januar 2012 für den Versicherten dahingehend Stellung, dass diesem zurzeit keine Arbeit zumutbar sei und aus ärztlicher Sicht im Moment Massnahmen zur Eingliederung nicht indiziert seien (IV-act. 21). Dennoch wurde das Mahn- und Bedenkzeitverfahren am 28. März 2012 erneut eingeleitet (IV-act. 24). Nachdem Dr. F.____ mit Schreiben vom 16. April 2012 abermals erklärt hatte, dass beim Versicherten eine berufliche Eingliederung momentan nicht möglich sei, wurde das Gesuch um berufliche Massnahmen abgewiesen (Suva-act. 26f., 30).

A.d Gemäss Bericht vom 9. Mai 2012 (IV-act. 31-14/16) bestand neurographisch und klinisch kein Anhalt für eine Polyneuropathie. Die Beschwerden seien klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch vereinbar mit einer leichten L5-Radikulopathie links mit segmentalem sensiblem Defizit, einer leichten Fussheberschwäche und passendem Denervierungszeichen im EMG.

A.e Dr. F.____ berichtete am 11. Juli 2012 (IV-act. 31-2/16) über vom Versicherten beklagte Beschwerden am rechten Unterschenkel, an der rechten Schulter und am Rücken. Zudem stehe dieser wegen posttraumatischer Depression im psychiatrischen Zentrum in G.____ in Behandlung. Bis auf weiteres bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.

A.f Gemäss Bericht vom 8. August 2012 von Dr. D.____ war aufgrund der Konzentrations-, Gedächtnis- und Belastungsstörungen, der Ausdauerprobleme,



St.Galler Gerichte

welche auf eine reduzierte Leistungsfähigkeit durch eine schwere depressive Symptomatik mit Angstzuständen zurückzuführen sei, der starken Vergesslichkeit und der Notwendigkeit von häufigen Ruhepausen die bisherige Tätigkeit im zeitlichen Rahmen von 30-50% zumutbar. Auch eine andere Tätigkeit mit wenig Verantwortung sei im zeitlichen Rahmen von ca. 30-40% zumutbar (IV-act. 34). Den telefonisch gegenüber der IV-Eingliederungsverantwortlichen am 11. Mai 2012 geäußerten Verdacht auf Frühdemenz erwähnte Dr. D. ___ trotz entsprechender Ankündigung nicht in ihrem Bericht (IV-act. 28-2/3, 40-2/3).

A.g Da der Gesundheitszustand des Versicherten anhand der Akten weiterhin nicht klar beurteilt werden konnte, wurde eine polydisziplinäre Begutachtung bei der Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) durchgeführt. Im ABI-Gutachten vom 31. Januar 2013 wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronische Beschwerden der rechten Körperhälfte, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, chronische Schulterbeschwerden unter Betonung der dominanten rechten Seite und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode festgestellt. Aus interdisziplinärer Sicht kamen die ABI-Gutachter zum Schluss, dass beim Versicherten für körperlich mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten sowie in der angestammten Tätigkeit keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit reduziertem Rendement.

A.h Mit Vorbescheid vom 15. März 2013 (IV-act. 52) ermittelte die Beschwerdegegnerin gestützt auf das ABI-Gutachten vom 31. Januar 2013 einen Invaliditätsgrad von 8% und verneinte einen Rentenanspruch des Versicherten. Dagegen liess der Versicherte am 25. März 2013 Einwand erheben und diesen am 30. April 2013 begründen (IV-act. 53, 56). Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) sich am 22. Mai 2013 und 1. Juli 2013 dahingehend geäußert hatte, dass weiterhin auf das ABI-Gutachten vom 31. Januar 2013 abgestellt werden könne, verfügte die IV-Stelle am 11. Juli 2013 im Sinn des Vorbescheids (IV-act. 58, 61f.).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Mit Beschwerde vom 13. September 2013 (act. G1) liess der Versicherte durch Rechtsanwältin Dr. iur. Romana Kronenberg Müller, Uznach, beantragen, die angefochtene Verfügung vom 11. Juli 2013 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm eine ganze, mindestens jedoch eine halbe Invalidenrente auszurichten; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung liess er insbesondere anführen, auf das psychiatrische ABI-Teilgutachten dürfe nicht abgestellt werden, da es schwerwiegende Mängel aufweise. Auch die übrigen ABI-Teilgutachten seien unvollständig und widersprüchlich. Der relevante Sachverhalt sei auch aufgrund des Fehlens einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) unvollständig abgeklärt.

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 15. November 2013 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (act. G4).

B.c Mit Replik vom 3. Januar 2014 (act. G6) hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers an ihrem bisherigen Standpunkt fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G8).

B.d Mit Eingabe vom 25. September 2014 (act. G9) reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers die Berichte von Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie FMH und Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 7. September 2014 und von Dr. D.____ vom 19. September 2014 nach.

Erwägungen

1.

1.1 Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen zu Recht verneint hat.

1.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit und kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch



Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens (zum Einkommensvergleich vgl. E. 3.1) bilden die Arbeitsfähigkeitsschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten (vgl. Art. 6 ATSG). Arbeitsunfähigkeit wird in Art. 6 ATSG als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten, definiert. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinn von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.4 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere



Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

2.

2.1 Vorliegend ist vorab der Frage nachzugehen, ob der medizinische Sachverhalt eine rechtsgenügeliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Für die Bemessung des Invaliditätsgrads hat die Beschwerdegegnerin das ABI-Gutachten vom 31. Januar 2013 (IV-act. 46) als Grundlage beigezogen. Dieses wurde vom RAD in den Stellungnahmen vom 12. März 2013 (IV-act. 48), 22. Mai 2013 (IV-act. 58) und 1. Juli 2013 (IV-act. 61f.) als umfassend, nachvollziehbar und auf allseitigen Untersuchungen beruhend sowie in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstellt betrachtet. Ein im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholtes Gutachten von externen oder internen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 ff. E. 3b/bb und 3b/ee). Das vorliegende ABI-Gutachten ist nachfolgend auf solche Indizien hin zu prüfen.

2.2



2.2.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wendet gegen das psychiatrische ABI-Teilgutachten von Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere ein, es widerspreche allen davor verfassten ärztlichen Beurteilungen. Zudem finde keine Auseinandersetzung mit den von der langjährigen behandelnden Psychiaterin Dr. D.____ attestierten Diagnosen statt.

2.2.2 Dr. I.____ nahm in seinem psychiatrischen Teilgutachten - wenn auch nur knapp - Bezug auf die früheren psychiatrischen Einschätzungen, insbesondere auf die Diagnosen von Dr. D.____. Zur von ihr diagnostizierten nicht organischen Insomnie erwähnte Dr. I.____, die Schlafstörung gehöre zur depressiven Episode. Offenbar stand dies für ihn derart ausser Frage, dass er eine nähere Begründung nicht für notwendig erachtete. Zu seinen aktuellen Leiden befragt, äusserte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung Dr. I.____ gegenüber unter anderem, dass er in der Nacht nicht schlafen könne und einerseits wegen der Schmerzen, andererseits aber auch wegen Angst und schlechter Träume halb wach sei. Zum Tagesablauf liess der Beschwerdeführer verlauten, er müsse sich am Morgen jeweils im Bett hin und her bewegen, um in die Gänge zu kommen. Bei der psychiatrischen Befunderhebung nahm Dr. I.____ die vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptome der erhöhten Ermüdbarkeit, der Schlafstörungen und des Morgentiefs sowie die Ängste in der Nacht mit Alpträumen auf und stellte sie in einen Zusammenhang mit der von ihm diagnostizierten leichten bis mittelgradigen Episode mit depressiven Verstimmungen. Mit Blick auf die von der WHO herausgegebene ICD-Klassifikation (Bernd Graubner in: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI; Hrsg.], ICD-10-GM 2015 Systematisches Verzeichnis, 10. Revision - German Modification, Version 2015, S. 192), wonach bei einer depressiven Episode (F32) unter anderem eine ausgeprägte Müdigkeit nach jeder kleinen Anstrengung auftreten kann und der Schlaf meist gestört ist, erscheint dies auch ohne erläuternde Begründung durchaus nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund würde eher die eigenständige Diagnose einer nicht organischen Insomnie durch Dr. D.____ nach einer eingehenden Begründung rufen, zumal bereits in den einleitenden Bemerkungen zur entsprechenden ICD-Klassifikation (F51) festgehalten wird, eine Schlafstörung sei in vielen Fällen Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit (Bernd Graubner, a.a.O., S. 206). Dr. D.____ hatte die separate Diagnosestellung einer nicht organischen Insomnie aber nur marginal mit Durchschlafstörungen (alle zwei bis drei Stunden



Aufwachen) und später mit einer nicht näher umschriebenen Entkopplung des Tag-Nacht-Rhythmus begründet. Das Gefühl von Nutzlosigkeit und Schuld sei beim Beschwerdeführer meist vorherrschend (IV-act. 14). Diese Feststellungen von Dr. D.____ sind mit einheitlichen Betrachtung von Schlafstörung und diagnostizierter Depression durchaus vereinbar und vermögen an der gutachterlichen Beurteilung von Dr. I.____ nach dem Gesagten keine Zweifel zu wecken.

2.2.3 Zur von Dr. D.____ gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode hält Dr. I.____ fest, in einem solchen Fall wäre eine ambulante Behandlung kaum mehr möglich und die regelmässig schwere Antriebsstörung oder Phase der Erregtheit bei oft bestehender Suizidalität würde eine stationäre Behandlung notwendig machen. Betroffene könnten Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr nachgehen und ein Untersuchungsgespräch, wie vorliegend geführt, wäre nicht mehr so gut möglich. Abgesehen von einem knapp dreiwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik B.____ und einem gescheiterten Rehabilitationsversuch in der Rehaklinik Bellikon (wobei dies offenbar an einer Vollbelegung in der neurologischen Abteilung lag; vgl. act. G4.2, Telefongespräch mit Dr. med. J.____ vom 4. Juli 2012) fanden aber seit September 2010 einzig ambulante Konsultationen bei Dr. D.____ statt. Diese beschrieb in der ersten Berichterstattung Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit, Verlust des Selbstwertgefühls bei Vorherrschen des Gefühls von Nutzlosigkeit und Schuld, Schlafstörungen und ein mässiges Suizidrisiko (IV-act. 14). Im zweiten Bericht an die IV-Stelle erwähnte sie eine zunehmende depressive Symptomatik bei Konzentrations-, Gedächtnis- und Belastungsstörungen sowie Ausdauerproblemen wegen reduzierter Leistungsfähigkeit durch eine schwere depressive Symptomatik mit Angstzuständen, starker Vergesslichkeit und geringer Belastbarkeit. Suizidgedanken und -handlungen, welche eine schwere depressive Episode kennzeichnen (vgl. dazu Bernd Graubner, a.a.O., S. 192), wurden jedoch überhaupt nicht erwähnt (IV-act. 34). Nach Erstellung des ABI-Gutachtens passte Dr. D.____ ihre Diagnose im Bericht an Dr. F.____ vom 14. August 2013 an und sprach von einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom und einem Verdacht auf nicht näher bezeichnete vaskuläre Demenz (act. G1.12). Einen stationären Aufenthalt in der Klinik K.____ hatte sie im Bericht vom 3. Juni 2013 (IV-act. 60) aufgrund der Verdachtsdiagnose auf früh beginnende Demenz - und nicht wegen der bis dahin diagnostizierten Depression - als notwendig erachtet. Dieser Verlauf deutet gesamthaft



- wie Dr. I.____ bereits festhielt - nicht auf eine schwere depressive Episode hin. Dr. I.____ fand keine Hinweise auf Suizidalität vor. Anamnestisch beständen Hinweise auf eine verminderte Affektsteuerung mit auch verbaler Aggressivität ohne Hinweise auf Impulskontrollstörungen bei eher herabgesetztem Antrieb und erhöhter Ermüdbarkeit. Soweit die Rechtsvertreterin mit Hinweis auf zwei Stellen des psychiatrischen Gutachtens („Er mache aber Probleme, da er auch aggressiv werde“, S. 12; „Es kommt auch zu verbalen Auseinandersetzungen mit seiner Ehefrau, was aber dadurch bedingt ist, dass er krank ist und nicht mehr arbeitet“, S. 14) Phasen von Erregtheit beim Beschwerdeführer zu belegen versucht, ist festzuhalten, dass darin die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben wurden und eine Aggressivität im Untersuchungsgespräch nicht festgestellt werden konnte und auch in den übrigen Akten nicht hinreichend dokumentiert ist. Die von Dr. I.____ gestellte Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode seit Beginn der Behandlung bei Dr. D.____ im September 2010 erscheint plausibel und ist nicht durch die Arztberichte von Dr. D.____ zu entkräften.

2.2.4 Dr. F.____ berichtete mehrmals über die postoperative Entwicklung einer massiven depressiven Episode mit Angst- und Panikattacken. Der Beschwerdeführer sei psychisch dermassen instabil, dass bereits kleine Unstimmigkeiten in der Familie zu einem massiven Erregungsausbruch führen könnten (IV-act. 21, 26). Seit der Unterschenkeloperation bestehe eine Depression, die zu einer völligen Zurückgezogenheit geführt habe (IV-act. 56-11/13). Zurzeit und bis auf weiteres bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 31-2/16). Entgegen dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung erachtete Dr. D.____ - in deren Betreuung Dr. F.____ den Beschwerdeführer als Hausarzt und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH überwies - zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit als zumutbar. Dies legt die Vermutung nahe, dass Dr. F.____ aufgrund seiner auftragsrechtlichen Vertrauensstellung tendenziell eher zugunsten seines Patienten aussagte (BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweis), jedenfalls aber keine objektive Zumutbarkeitsbeurteilung vorgenommen haben dürfte. Zweifel am ABI-Gutachten ergeben sich aus seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung jedenfalls nicht.

2.3 Die Rechtsvertreterin beschreibt einen Widerspruch zwischen der von Dr. I.____ festgehaltenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% (S. 13) und der



ganztägigen Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne Leistungseinschränkung (S. 14). Wie der RAD bereits in seiner Stellungnahme vom 22. Mai 2013 plausibel erläutert hatte, liegt die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20% einzig in der depressiven Störung begründet. Die etwas auffälligen dramatisierenden Persönlichkeitszüge reichten nicht für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aus und hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf diese Persönlichkeitszüge bestehe daher eine ganztägige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung (IV-act. 58).

2.4 Die Einwendungen der Rechtsvertreterin zu angeblichen Widersprüchen zwischen dem psychiatrischen und dem neurologischen Teilgutachten hinsichtlich der medikamentösen Therapie sind unbegründet und wurden bereits in der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 22. Mai 2013 aufgeklärt. Der psychiatrische Gutachter Dr. I.____ empfahl die Weiterführung der antidepressiven Medikation. Prinzipiell könne die regelmässige Einnahme eines stärker sedierenden Antidepressivums auf die Nacht hilfreich sein. Die Notwendigkeit der Analgetikamedikation sollte aus somatischer Sicht evaluiert werden. Während Dr. I.____ damit primär offenbar auf die schlafanstossende Wirkung der Antidepressiva abzielte, wies der neurologische Gutachter Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie (FMH), auf einen - im Einklang mit Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), festgestellten - Zusammenhang zwischen den Dyskinesien und der Medikation mit Seroquel sowie Remeron hin, überliess jedoch die Frage der Indikation dieser umfangreichen Medikation dem psychiatrischen Fachgebiet. Der psychiatrische Gutachter sprach sich aufgrund der depressiven Symptomatik bzw. der damit verbundenen Schlafprobleme für eine Fortführung der medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva aus.

2.5 Die vom Beschwerdeführer geklagten kognitiven Einschränkungen finden bereits im ABI-Gutachten mehrfach Erwähnung (vgl. insbesondere psychiatrisches Teilgutachten S. 14, neurologisches Teilgutachten S. 17 und neuropsychologisches Teilgutachten S. 19). Der psychiatrische Gutachter Dr. I.____ stellte fest, dass der Beschwerdeführer im Untersuchungsgespräch über Konzentrationsstörungen geklagt und bei der Angabe von genauen Lebensdaten Mühe bekundet habe. Er habe jedoch die in seinem Lebenslauf aufgeführten Daten bestätigen und sich also doch noch erinnern können. Im neurologischen Teilgutachten beschrieb Dr. L.____ ein



pseudodementes Verhalten, welches im Verlauf der Untersuchung sogar noch deutlich zugenommen habe. Im neuropsychologischen Teilgutachten hielt lic. phil. N.____, Psychologe/Neuropsychologe, fest, nach mehrmaligen Konfrontationen mit seinem auffälligen und unglaubwürdigen Verhalten habe der Beschwerdeführer ein normales Verhalten gezeigt und sei trotz anfänglich geltend gemachten Wortfindungsstörungen zunehmend in der Lage gewesen, sich mit dem Übersetzer auf O.____ und mit dem Versuchsleiter auf Deutsch zu unterhalten. Dr. D.____ stellte in ihrem Bericht vom 19. September 2014 (act. G9.2) weiterhin deutliche Konzentrationsprobleme, Wortfindungs- und Verständnisstörungen fest. Sie beschrieb leichte Auffälligkeiten des Altgedächtnisses und starke Auffälligkeiten der Merkfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses (Minimentalstatus: 0 von 3 Werten). Diese (klinischen) Feststellungen sind denen der ABI-Gutachter ähnlich, doch zieht Dr. D.____ daraus andere Schlüsse, obwohl eine dementielle Erkrankung nach Lage der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden konnte (unauffällige Schädel-MRI [act. G1.9 und G1.12]; Bericht von Dr. H.____ vom 7. September 2014, wonach die Liquordiagnostik lediglich grenzwertige Ergebnisse ergab, weshalb die Ärztin weitere Abklärungen erst nach einem Zeitablauf von sechs Monaten empfahl [act. G9.1]). In Bezug auf den Mosaiktest unterscheiden sich die Untersuchungsergebnisse des neuropsychologischen Gutachters vom 6. Dezember 2012 (S. 19 des Gutachtens) ebenfalls nicht nennenswert von den Erhebungen Dr. D.____s (act. G9.2). Nachdem sich aufgrund des unklaren kognitiven Profils selbst aus den von Dr. D.____ veranlassten umfangreichen Abklärungen keine klare Diagnose einer Frühdemenz ergab und differentialdiagnostische Abklärungen erst lange nach Erlass der Verfügung weiterverfolgt wurden, besteht vorliegend kein Anlass, von den gutachterlichen Feststellungen abzuweichen (vgl. act. G1.9, G1.12, G9.1 und insbesondere G9.2).

2.6 Die E-Mail-Nachricht von Dr. med. P.____, Oberarzt, Schulter und Ellbogen Team, Uniklinik Balgrist, vom 29. April 2013 (act. G1.6) vermag den orthopädischen Teil des ABI-Gutachtens nicht zu erschüttern, bezeichnet doch Dr. P.____ selbst die schulterspezifischen Diagnosen im Gutachten als korrekt, ohne sich allerdings - im Gegensatz zu Dr. med. Q.____, FMH Orthopädische Chirurgie - eingehend mit der medizinischen Aktenlage befassen zu haben. Dr. P.____ geht mit dem Gutachten weitgehend überein und sieht die Zumutbarkeit einer angepassten Arbeitstätigkeit als gegeben an. Er bezeichnet das maximale Gewicht zum Heben von Lasten als



diskutabel, spezifiziert allerdings nicht weiter, weshalb das Limit "eher" bei 5kg und nicht wie von Dr. Q.____ festgehalten bei 10kg liegen sollte.

2.7 Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Einwänden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers noch aus den Akten selbst konkrete Anhaltspunkte, welche die Beweiskraft des ABI-Gutachtens vom 31. Januar 2013 schmälern. Dieses ist als zuverlässige Grundlage zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu betrachten, und es ist gestützt darauf davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% zu erbringen.

2.8 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt, es sei eine arbeitsorientierte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen. Eine EFL untersucht die Belastbarkeit für häufige physische Funktionen der Arbeit mit standardisierten funktionellen Leistungstests. Ziel dieser Untersuchung ist eine realitätsgerechte Beurteilung der arbeitsbezogenen Belastbarkeit bzw. eine detaillierte Erfassung der physischen Fähigkeiten und Defizite. Bewertet wird nur die körperliche Belastbarkeit (vgl. Michael Oliveri/Franziska Denier-Bont, Marie-Louise Hallmark Itty, Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL] nach Susan Isernhagen, Medizinische Mitteilungen Suva 69, Dezember 1996, S. 15ff. und insbesondere S. 24). Die körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers wurden umfassend abgeklärt und auch die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers rügte hauptsächlich das psychiatrische ABI-Teilgutachten. Eine EFL verspricht in Bezug auf die psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit keinen weiteren Erkenntnisgewinn, weshalb davon abzusehen ist.

3.

3.1 Art. 28a Abs. 1 IVG erklärt Art. 16 ATSG für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten als anwendbar. Danach ist das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte



(Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.2 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin von den Angaben der damaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der R.____ AG, aus, wonach dieser im Gesundheitsfall im Jahr 2011 ein Jahreseinkommen von Fr. 66'950.-- erzielt hätte (IV-act. 11, 50). Da die Kündigung per 30. Juni 2012 des seit 1. Mai 1994 bestehenden Anstellungsverhältnisses aus gesundheitlichen Gründen erfolgte, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Beschwerdeführer - würden keine Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen - diese Tätigkeit hätte weiterführen können und wollen (vgl. IV-act. 11, IV-act. 46 S. 8). Daher sind als Valideneinkommen Fr. 66'950.-- zu berücksichtigen.

3.3

3.3.1 Die Bemessung des Invalideneinkommens erfolgt auf Grundlage der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010. Beizuziehen sind die LSE-Tabellenlöhne für Männer im privaten Sektor, TA1, Anforderungsprofil 4, was als Ausgangswert Fr. 4'901.-- monatlich bzw. einen Jahreslohn von Fr. 58'812.-- ergibt. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2011 von 41.7 Stunden und die Nominallohnentwicklung 2011 (1%) ergibt sich daraus ein Einkommen von Fr. 61'925.--. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 49'540.--.

3.3.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der



versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (BGE 134 V 322 E. 2 mit Hinweis).

3.3.3 Es trifft zu, dass der Beschwerdeführer, seit Eintritt des Gesundheitsschadens, keine körperliche Schwerarbeit mehr leisten kann. Da die Adaptationskriterien nur noch eine körperlich leichte Tätigkeit zulassen, muss der Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt gewisse finanzielle Einbussen in Kauf nehmen, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen. Doch selbst unter zusätzlicher Berücksichtigung der langen Betriebszugehörigkeit bzw. der möglicherweise eingeschränkten Anpassungsfähigkeit ergäbe sich bei grosszügiger Bemessung maximal ein Abzug von 15%.

3.4 Eine Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 66'950.-- und des nach einem Tabellenlohnabzug von 15% verbleibenden Invalideneinkommens von Fr. 42'109.-- ergibt höchstens einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 37%.

3.5 Vor diesem Hintergrund kann die von der Beschwerdegegnerin - in Anwendung der inzwischen überholten sogenannten Überwindbarkeitspraxis (BGE 131 V 49; Änderung der Rechtsprechung mit BGE 141 V 281) - verneinte Frage (vgl. act. G4), ob die von Dr. I.____ aufgrund der diagnostizierten leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich relevant ist, offen gelassen werden.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.



St.Galler Gerichte

4.2 Die gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Aufwands auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten hat ausgangsgemäss der Beschwerdeführer zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen.

4.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird angerechnet.