



**Fall-Nr.:** IV 2015/86  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.10.2019  
**Entscheiddatum:** 09.09.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.09.2016**

**Art. 28 IVG. Da kein rentenbegründender IV-Grad resultiert, hat der Versicherte keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. September 2016, IV 2015/86).**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2015/86

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato,

Bellevuestrasse 1b, Postfach, 9401 Rorschach,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich erstmals im September 2006 wegen Morbus Dupuytren zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 2). Am 17. Oktober 2007 zog er seine Anmeldung vorbehaltlos zurück (IV-act. 27). Im Juli 2011 meldete sich der Versicherte zum zweiten Mal zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 29). Er gab an, seit dem 15. April 2011 wegen Lähmungserscheinungen im rechten Bein voll arbeitsunfähig zu sein. Er habe lediglich die Primarschule besucht und keinen Beruf erlernt. Zuletzt sei er zu 50 bis 100 % als Koch im Hotel B.\_\_\_\_ tätig gewesen.

A.b Das Hotel B.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 8. August 2011 (IV-act. 51), dass es den Versicherten seit September 2009 als Aushilfskoch beschäftigt. Dessen Arbeitszeit sei vor Eintritt des Gesundheitsschadens variabel gewesen. Die allgemeine Arbeitszeit im Betrieb betrage 42 Stunden pro Woche. Der Versicherte sei seit dem 12. April 2011 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Sein Stundenlohn habe sich auf Fr. 24.02 (inkl. 13. Monatslohn, ohne Ferien- und Feiertagsentschädigung) belaufen.

A.c Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 27. November 2011 (IV-act. 65), dass der Versicherte seit Jahren an einem Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2) und an einer Polyneuropathie, wahrscheinlich alkoholtoxisch, leide. Der Versicherte befinde sich seit dem 10. Mai 2011 bei ihm in Behandlung. Nach dem Initialkontakt habe er selber einen Alkoholentzug durchgeführt. Es bestünden Schädigungen/Funktionsstörungen des Antriebs und des Willens, der Verhaltensmuster, der Merkfähigkeit, des Kurzzeitgedächtnisses, des Realitätsbewusstseins und der Selbsteinschätzung. Vom 10. Mai 2011 bis 30. August 2011 sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Koch zu 100 % und ab dem 31. August 2011 zu 75 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 27. Oktober 2011 sei er aus psychiatrischer Sicht wieder voll arbeitsfähig. Die Stelle als Koch sei aufgrund der Suchtproblematik und der Stressfaktoren sicherlich



## St.Galler Gerichte

ungünstig. Die neurologische Symptomatik sollte von somatischen Ärzten beurteilt werden. Erst wenn diese keine Erklärung für die Symptomatik finden würden, wäre an eine dissoziative Störung zu denken. Dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ lag ein Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ über eine Hospitalisation vom 12. bis 15. April 2011 bei (IV-act. 65-11 ff.). Die Diagnosen hatten u.a. gelautet:

- Kraft- und Sensibilitätsminderung rechte Hand/rechter Fuss/Bein unklarer Ätiologie;
- Anpassungsstörung mit protrahierter depressiver Episode;
- dissoziative kombinierte Konversionsstörung (Persönlichkeitsstörung mit dissozialen und narzisstischen Zügen);
- COPD Gold III;
- Status nach Alkoholabusus (sistiert seit 13 Jahren).

Die Klinikärzte hatten erklärt, dass die Zuweisung wegen einer Schwäche und Sensibilitätsminderung der rechten Hand und des rechten Unterschenkels/Fusses erfolgt sei. Ein cCT sowie ein cMRI hätten keine relevanten Pathologien gezeigt. Die sensomotorischen Defizite seien zudem nicht aufgetreten, wenn der Versicherte abgelenkt worden sei. Aufgrund des Verdachts auf eine psychosomatische Komponente sei das Psychiatrische Zentrum E.\_\_\_\_ konsultiert worden, welches einen Verdacht auf eine psychische Dekompensation angegeben habe. Die sensomotorischen Defizite hätten beim Austritt nicht mehr bestanden.

A.d Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 10. Januar 2012 (IV-act. 74), dass der Versicherte seit April 2010 auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar sei. Eine Besserung der medizinischen Situation sei nicht zu erwarten. Als einschränkende Faktoren nannte er die psychiatrischen Leiden und die fortgeschrittene COPD. Einem beigelegten Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 24. November 2011 (IV-act. 74-7 ff.) war zu entnehmen, dass sich weder klinisch-neurologisch noch elektrophysiologisch Hinweise auf eine Neuropathie der zum rechten Bein führenden Nerven hätten finden lassen. Die sockenförmige Hypästhesie des rechten Beines habe klinisch nicht objektiviert werden können.



## St.Galler Gerichte

Insbesondere hätten sich in der Einzelkraftprüfung keine Paresen oder Hinweise auf ein abgelaufenes zentrales Geschehen finden lassen. Der irreguläre Halte- und Aktionstremor sei eventuell auf den jahrelangen, schädlichen Alkohol- und Benzodiazepingebrauch zurückzuführen und trete anamnestisch nur bei Nervosität auf.

A.e Am 7. Februar 2012 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle und der Krankentaggeldversicherung bidisziplinär (orthopädisch und psychiatrisch) untersucht (Fremdakten). Die orthopädische Gutachterin Dr. med. G.\_\_\_\_ gab die folgenden Diagnosen an:

- Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, verschmächtigte Rumpfmuskulatur; deutlich eingeschränkte Funktionen in allen drei Abschnitten; kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit; beidseits erheblich verkürzte Ischiokruralmuskulatur;
- Status nach Operation beider Hände bei Morbus Dupuytren; rechts schmerzhaftes Rezidiv, aber freie Funktionen; beidseits erhaltene grobe Kraft;
- Status nach operativer Versorgung einer Calcaneusfraktur rechts;
- eigentümliches Gangbild ohne orthopädisches Korrelat.

Die Gutachterin erklärte, dass sie bezüglich der Beinproblematik weder ein eigenständiges Krankheitsbild habe erheben noch ein solches ausschliessen können. Es lägen zahlreiche Befunde bei Dekonditionierung vor. Bei freien Funktionen der grossen und kleinen Gelenke der oberen/unteren Extremitäten und weitgehend altersentsprechenden Einschränkungen der Wirbelsäule in allen drei Abschnitten ohne nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit bestehe ab sofort eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, bestenfalls sitzenden Tätigkeit. Im Laufe der Zeit werde auch eine wechselbelastende, mittelschwere Tätigkeit wieder möglich sein. Die ausschliesslich gehende/stehende Tätigkeit (als Kochoushilfe) mit nach vorne geneigtem Körper sei dem Versicherten auf Dauer nicht mehr zumutbar. Aufgrund des kurzschrittigen und unsicheren Gangbildes seien auch Arbeiten in Räumen mit Rutschgefahr zu vermeiden. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ erklärte, dass der Versicherte bei der Untersuchung psychopathologisch unauffällig gewesen sei. Es



lägen keine Anhaltspunkte für ein psychiatrisches Leiden von Krankheitswert vor. Der Versicherte leide an einer chronischen Alkoholkrankheit (F10.25) und an einer Gehstörung mit Verdacht auf alkoholbedingte (neurotoxische?) Spätfolgen. Eigentlich habe er gute emotionale Ressourcen. Seine gute affektive Grundstimmung ziehe sich durch sein Leben. Der Versicherte bezeichne sich als Optimist und sei zu starken Willensanstrengungen fähig. Ferner habe er ein gutes soziales Beziehungsnetz und sei fähig, langjährige und gute partnerschaftliche Beziehungen zu führen. In den letzten zwei, drei Jahren habe er nur noch einen mässigen, sozial verträglichen Gelegenheitsalkoholkonsum betrieben. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt.

A.f RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_ notierte am 29. März 2012 (IV-act. 78), gestützt auf das Gutachten könne nachvollzogen werden, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als ungelernter Koch zu 100 % und in einer adaptierten Tätigkeit zu 0 % arbeitsunfähig sei. Eine neurologische Begutachtung der Beinsymptomatik sei aufgrund der klaren Auskunft der Klinik für Neurologie des KSSG nicht notwendig. Das Suchtgeschehen werde auf niedrigem Niveau ohne relevante Auswirkung weiterbetrieben, weshalb keine Auflage notwendig sei. Am 17. April 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass er keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen habe, da er bei der Stellensuche aus gesundheitlichen Gründen nicht eingeschränkt sei (IV-act. 86).

A.g Auf Nachfrage erklärte das Hotel B.\_\_\_\_ am 16. Juni 2012, dass der Versicherte heute ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in einem 100 %-Pensum brutto Fr. 4'172.-- pro Monat verdienen würde (IV-act. 92).

A.h Mit Vorbescheid vom 30. Juli 2012 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 0 % die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 99). Zur Begründung führte sie an, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit zwar zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einer adaptierten, leichten Tätigkeit sei er jedoch voll arbeitsfähig und in der Lage, das bisherige Einkommen von Fr. 54'236.-- zu erzielen (vgl. IV-act. 94). Am 5. August 2012 liess der Versicherte einen Einwand gegen den Vorbescheid erheben (IV-act. 104). Am 27. September 2012 reichte sein Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und



Psychotherapie FMH, vom 17. August 2012 ein (IV-act. 109). Dieser hatte als Diagnosen eine leichte kognitive Störung (F06.7), vermutlich als dementieller Prozess nach langjährigem Alkoholabusus, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dissozialen, unreifen und narzisstischen Anteilen (F61.0), ein larviertes (sich über den Körper zeigendes), mittelgradiges depressives Zustandsbild (F32.11) und einen anamnestisch langjährigen Alkoholabusus, zurzeit Konsum mit Mass (F10.24), angegeben. Dr. J. \_\_\_ hatte erklärt, es sei merkwürdig, dass Dr. H. \_\_\_ von einer somatischen Ursache der Gangstörungen ausgehe, während die somatischen Ärzte die Ursache im psychiatrischen Bereich sähen. Für eine psychiatrische Ursache spreche, dass schon einmal eine psychogene Lähmungserscheinung aufgetreten sei. Zudem seien die Gangbeschwerden nach einer „Mobbingsituation“ am Arbeitsplatz aufgetreten. Bei einer oberflächlichen Befunderhebung zeige sich der Versicherte psychiatrisch tatsächlich unauffällig. Dieser Befund stehe jedoch in krassem Widerspruch zur Gangstörung, zur sozialen Situation und zur Anamnese. Psychogene Lähmungserscheinungen im Sinne einer Konversionsstörung seien selten und könnten unterschiedliche Ursachen haben. Beim Versicherten sehe er die Konversionsstörung als seltenen Ausdruck einer larvierten Depression. Hierbei handle es sich um eine Hilflosigkeit, die sich über den Körper ausdrücke. Das Gutachten von Dr. H. \_\_\_ sei oberflächlich und unprofessionell. Schon die Art und Weise, wie er beim Versicherten die gesunden Anteile fast überdeutlich betont habe, lasse vermuten, dass es sich hier um ein Gegenübertragungsphänomen handle: Dr. H. \_\_\_ habe sich von den Schilderungen des Versicherten hinreissen lassen und dabei die fachlich objektive Sicht vernachlässigt. So habe er beispielsweise erklärt, der Versicherte habe keinerlei psychosozialen Probleme. Von aussen betrachtet bestünden jedoch ganz viele psychosoziale Probleme, beispielsweise die Arbeitsunfähigkeit, die finanziellen Probleme, die körperlichen Einschränkungen, die ungewisse gesundheitliche und berufliche Zukunft und die grosse „Patchwork-Familie“, die hohe soziale Anforderungen stelle. Diese Fakten deuteten darauf hin, dass der Versicherte seine Probleme gut verleugnen, verdrängen oder abspalten könne. Wenn diese „psychologischen Abwehrstrategien“, die im kleinen Rahmen ganz normal seien, derart mächtig würden, dass die Diskrepanz zwischen dem Gesagten und den Fakten oder der Handlung offensichtlich sei, spreche man von einer schweren Wahrnehmungsstörung. Diese gehe beim Versicherten in Richtung dissozial, unreif und



## St.Galler Gerichte

narzisstisch. Diese Annahme decke sich mit der Anamnese. Der Versicherte sei jahrelang obdachlos gewesen, habe von der Sozialhilfe gelebt und daneben Kinder und eine geschiedene Ehefrau gehabt. Auch die langjährige Alkoholsucht sei ein deutlicher Hinweis für eine gestörte Wahrnehmung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung. Schliesslich seien im Mini-Mental-Test kognitive Defizite nachgewiesen worden (25 von 30 Punkten). Alle Diagnosen zusammen ergäben ein psychiatrisch höchst auffälliges Bild. Da wegen der kognitiven Defizite und der Persönlichkeitsstörung mit der Uneinsichtigkeit über die Depression keine Compliance gegeben sei, sei die Krankheit nicht behandelbar. Der Versicherte sei auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit mindestens zu 70 % arbeitsunfähig. Die kognitive Störung und die Wahrnehmungsstörung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung seien willentlich nicht beeinflussbar.

A.i RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_ notierte am 20. Februar 2013 (IV-act. 119-3), auf die Ausführungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden, da er die geltend gemachte kognitive Einschränkung ausschliesslich als Folge des Alkoholkonsums mit gar dementieller Entwicklung betrachte, ohne eine differentialdiagnostische Abwägung beispielsweise gegenüber dem Benzodiazepineinfluss vorgenommen zu haben. Dementielle Symptome seien von keinem anderen Psychiater beschrieben worden.

A.j Am 9. Juli 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 125), dass sie eine Begutachtung durch die ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) vorsehe. Der Versicherte lehnte eine Begutachtung durch diese Gutachterstelle ab (IV-act. 126). Mit Zwischenverfügung vom 18. Juli 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie am ABI als Abklärungsstelle festhalte (IV-act. 130). Der Versicherte erhob eine Beschwerde gegen diese Verfügung, zog diese aber am 4. Juni 2014 zurück (IV-act. 151-3). Am 22. und 27. Oktober 2014 wurde der Versicherte durch das ABI polydisziplinär (allgemein-internistisch, orthopädisch, psychiatrisch, neurologisch, neuropsychologisch und pneu-mologisch) begutachtet (Gutachten vom 18. November 2014, IV-act. 171). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Leichte Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (F10.25);
- Polyneuropathie (toxisch, G62.1);



## St.Galler Gerichte

– leichte kognitive Beeinträchtigung (toxisch, F06.7);

- COPD, Dg 2008 (J44.9).

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), funktionelle Gangstörung (R26.8), an. Prof. L.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, erklärte, dass er aus allgemeininternistischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ gab an, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden (Beine, Gangunsicherheit, Schwächegefühl) und die subjektive Krankheitsüberzeugung, aufgrund der körperlichen Beschwerden nicht mehr arbeitsfähig zu sein, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Der Versicherte habe angegeben, dass an seiner letzten Arbeitsstelle als Koch eine grosse Hektik geherrscht und dass er sich überfordert gefühlt habe. Der Versicherte lebe seit fünf Jahren mit seiner Partnerin zusammen, die seit Jahren berentet sei. Er habe subjektiv mit der Arbeitswelt abgeschlossen. All dies könne dazu beitragen, dass er allfälligen körperlichen Symptomen mehr Gewicht beimesse, als es den objektivierbaren Befunden entspreche. Mit der Verdeutlichung seiner Symptome demonstriere der Versicherte die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können. Ob das pathologische Gangbild im Rahmen einer Ausweitungstendenz bei chronischer Schmerzstörung oder als eigenständige dissoziative Störung beurteilt werde, sei für die Arbeitsfähigkeitsschätzung von untergeordneter Bedeutung. Jedenfalls bestünden keine Hinweise auf unbewusste Konflikte, die sich im Symptom einer Gangstörung eine Bedeutung verschafft hätten. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe der Versicherte einen zufriedenen und ausgeglichenen Eindruck gemacht. Den Alkoholkonsum habe er bagatellisiert. Diese Verhaltensweise sei für einen chronischen Alkoholiker typisch, wobei keine Hinweise auf eine organische Schädigung durch einen langjährigen Alkoholkonsum gefunden worden seien. Auch hätten keinerlei Zeichen für das Vorliegen einer depressiven Erkrankung bestanden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Alkoholabhängigkeit sei moderat ausgeprägt und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es handle sich um eine primäre Alkoholabhängigkeit. Hinweise auf irreversible geistige oder psychische Schäden nach langjähriger



Alkoholabhängigkeit bestünden keine. Die chronische Schmerzstörung habe ebenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da keine erhebliche psychiatrische Komorbidität vorliege und die Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Versicherten zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Bezüglich des Berichts von Dr. J.\_\_\_\_ führte Dr. M.\_\_\_\_ aus, dass mit Sicherheit keine depressive Störung vorliege. Auch eine Persönlichkeitsstörung könne nicht diagnostiziert werden. Der Versicherte habe an zahlreichen Arbeitsstellen gearbeitet und dabei keine nennenswerten Probleme gehabt. Erst infolge der Scheidung und aufgrund der massiven Alkoholabhängigkeit sei es zu Schwierigkeiten an den Arbeitsplätzen gekommen. Der Versicherte lebe seit fünf Jahren mit seiner Partnerin zusammen, mit der er sich sehr gut verstehe. All dies deute darauf hin, dass er nicht an einer Persönlichkeitsstörung leide. Eine solche hätte nämlich sowohl die Arbeitsfähigkeit als auch die sozialen Beziehungen ab dem Eintritt ins Erwachsenenalter massiv beeinträchtigt. Die Diagnose einer Konversionsstörung als Ausdruck einer larvierten Depression erscheine als weit hergeholt. Das Konzept der larvierten Depression sei überholt und habe keinen Eingang in die ICD-10-Klassifikation gefunden. Da keine Depression vorhanden sei, könne eine Konversionsstörung nicht als Folge einer larvierten Depression angesehen werden. Abschliessend erklärte Dr. M.\_\_\_\_, dass er das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ im Wesentlichen bestätigen könne. Der orthopädische Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_ führte aus, dass sich das vom Versicherten inkonstant demonstrierte Gangbild auf rein orthopädischer Ebene in keiner Weise nachvollziehen lasse. Der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit als Koch, aber auch in jeder anderen körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeit unter Wechselbelastung uneingeschränkt arbeitsfähig. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 25 kg sowie die Einnahme von Zwangshaltungen sollte vermieden werden. Aufgrund der allgemeinen körperlichen Konstitution seien ausschliesslich körperlich schwere Tätigkeiten ungeeignet. Der neurologische Gutachter Dr. med. O.\_\_\_\_ führte aus, als Folge des Alkoholabusus bestehe eine Polyneuropathie, die sich in geminderten ASR und einer Pallhypästhesie manifestiere. Die Polyneuropathie sei bei erhaltenen ASR und fehlenden motorischen Störungen als leicht zu beurteilen. Die Gangstörung sei neurologisch-organisch nicht erklärbar. Aufgrund der beschriebenen Eigenheiten sei von einer funktionellen Störung auszugehen. Möglicherweise bestehe



ein kleiner organischer Kern in Form von leichten Hüftbeschwerden. Allerdings sei dies im Vorgutachten verneint worden. Zur Gangstörung beitragen könnte eine leichte, durch die Polyneuropathie bedingte Unsicherheit. Allerdings seien die Gleichgewichtstests regelrecht ausgefallen. Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen oder an die intellektuelle Wendigkeit und Arbeiten mit wechselnden Arbeitszeiten oder intensivem Publikumsverkehr seien dem Versicherten nicht zumutbar. Für alle übrigen körperlich leichten Tätigkeiten bestehe bei einer ganztägigen Präsenz eine Leistungsfähigkeit von 80 %. Lic. phil. P.\_\_\_\_ gab im neuropsychologischen Teilgutachten an, das neuropsychologische Testprofil habe eine im Bereich der Intelligenz durchschnittliche Leistungsfähigkeit gezeigt. Die Merkfähigkeit für Texte, Instruktionen, Zahlen und Gegenstände sei erhalten gewesen, die Merkfähigkeit für Bewegungsabläufe und für sinnunverbundene Wörter hingegen nicht. Die Leistung im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit sei kaum noch innerhalb der Normtabelle gewesen. Die kognitive Geschwindigkeit sei reduziert gewesen. Wegen des aktiven Substanzgebrauchs müsse das neuropsychologische Testprofil als nicht valide angesehen werden. Die Arbeitsfähigkeit könne daher aus neuropsychologischer Sicht nicht abschliessend beurteilt werden. Es sei jedoch anzunehmen, dass sich die neuro-psychologischen Leistungen durch die Sistierung des Alkoholkonsums erheblich erholen würden. Die heutigen Resultate im Mini-Mental-Test seien deutlich besser gewesen als jene aus dem Jahr 2012. Damals seien 25, heute 28 von 30 Punkten erreicht worden. Der pneumologische Gutachter Dr. med. Q.\_\_\_\_ erklärte, dass bei dem seit dem 14. Lebensjahr bestehenden Nikotinabusus von insgesamt ca. 80 pack years im August 2008 erstmals ein zentrilobuläres Lungenemphysem nachgewiesen worden sei. Anlässlich einer Hospitalisation im April 2011 habe sich spirometrisch ein schwer eingeschränktes forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) von 34 % gezeigt. Unter einer Inhalationstherapie mit langwirksamen beta-2 Mimetika und topischen Steroiden habe sich in der Plethysmographie vom Oktober 2014 nur noch eine leichte obstruktive Ventilationsstörung bei chronisch obstruktiver Lungenkrankheit gefunden. Gemäss den Kriterien der American Medical Association bestehe aufgrund der lungenfunktionellen Befunde eine medizinisch theoretische Ateminvalidität der Klasse 2 bzw. ein Impairment von 10-25 %. Aufgrund der Anstrengungsdyspnoe und des chronischen Auswurfs sei der Versicherte in seinem angestammten Beruf als Koch und in allen anderen vorwiegend mittelschweren bis



## St.Galler Gerichte

schweren körperlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. In körperlich vorwiegend leichten Tätigkeiten ohne Exposition mit Rauch, Kälte und Nässe sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig. Jedoch müsse bei COPD-Exacerbationen mit Arbeitsausfällen gerechnet werden. In polydisziplinärer Hinsicht erklärten die Gutachter, dass dem Versicherten sämtliche körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit Nässe-, Rauch- oder Kälteexpositionen, Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen, mit besonderen Anforderungen an die intellektuelle Wendigkeit und Arbeiten mit ständig wechselnden Arbeitszeiten oder intensivem Publikumsverkehr nicht mehr zumutbar seien. Für alle übrigen, körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten bestehe bei ganztägiger Präsenz eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %.

A.k RAD-Arzt Dr. med. R.\_\_\_\_ notierte am 8. Dezember 2014 (IV-act. 173), das ABI-Gutachten sei umfassend und schlüssig, weshalb auf es abgestellt werden könne.

A.l Am 31. Dezember 2014 (IV-act. 176) teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass sie am bisherigen Entscheid festhalte. Sie räumte ihm Gelegenheit zur Stellungnahme ein. Mit Verfügung vom 9. Februar 2015 (IV-act. 180) wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 9 % ab. Das Valideneinkommen wurde anhand des zuletzt erzielten Einkommens als Koch ermittelt und auf Fr. 54'236.-- festgesetzt. Das Invalideneinkommen entsprach 80 % des durchschnittlichen Lohns eines Hilfsarbeiters im Jahr 2011 gemäss der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (Fr. 49'421.--, IV-act. 177).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 13. März 2015 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache mindestens einer halben Rente. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Neubeurteilung an die IV-Stelle (Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter geltend, dass der Praxistest im S.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeitsschätzung der ABI-Gutachter klar widerlegt habe. Die S.\_\_\_\_ hatte am 4. Februar 2015 berichtet (act. G 1.2), dass der Beschwerdeführer am 4. Februar 2015 in der Stuhllehnenfabrikation sowie in der



Werkstatt für kleinere Entgratarbeiten eingesetzt worden sei. Nach ca. fünf Minuten habe er sich wegen Schmerzen hinsetzen müssen. Beim Überziehen der Stuhllehnen hätten seine Hände nach kurzer Zeit stark zu zittern begonnen. Auch die Konzentration habe eine Weiterbeschäftigung nicht zugelassen. Der Versuch, den Beschwerdeführer in der Baulattenmalerei einzusetzen, sei wegen des Geruchs der wasserlöslichen Farben, den er wegen seiner Lungenprobleme nicht vertragen habe, gescheitert. Der Beschwerdeführer könne daher auch keine leidensangepasste Tätigkeit ausüben. Am 10. September 2015 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Beschwerdeergänzung ein (act. G 9). Er beantragte neu die Zusprache einer ganzen Rente. Zur Begründung brachte er vor, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung der ABI-Gutachter vor den neu durchgeführten medizinischen Untersuchungen nicht standhalte. Der Beschwerdeführer sei wegen der progredienten COPD auch in leichteren Tätigkeiten nicht mehr arbeitsfähig. Dr. med. T.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, hatte am 11. März 2015 berichtet (act. G 9.2), dass die beidseitige, rechtsbetonte Beinschwäche und die Schmerzen im Oberschenkelbereich aetiologisch unklar geblieben seien. Weder klinisch noch elektro-diagnostisch hätten sich Hinweise auf eine Polyneuropathie gefunden. Die neurologische Untersuchung habe einige Diskrepanzen gezeigt, die auf eine nicht organische Ursache der Problematik hindeuteten. Am 1. April 2015 hatte Dr. T.\_\_\_\_ erklärt (act. G 9.3), dass die neuropsychologische Screening-Untersuchung keine relevanten Auffälligkeiten/ Pathologien gezeigt habe. Im Gegensatz zur Untersuchung am Vormittag Ende Februar 2015 habe der Beschwerdeführer bei der jetzigen Untersuchung am Nachmittag eine massive Dyspnoe gezeigt, die die Aufmerksamkeit beeinträchtigt habe. Die COPD (Gold III) dürfte die täglichen Aktivitäten schwer beeinträchtigen. Die pulmonale Erkrankung resp. deren Therapie könnte auch den Tremor erklären. Diverse bei einer COPD eingesetzte Präparate wiesen als Nebenwirkung einen Tremor auf. Ihres Erachtens könne die COPD durchaus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben. Am 16. April 2015 hatte Dr. T.\_\_\_\_ berichtet (act. G 9.4), dass auch die kernspintomographischen Befunde keine Hinweise auf eine primär neurogene organische Pathologie als Ursache der Paraparese, der Schmerzen sowie der allgemeinen Müdigkeit und der Leistungseinbusse ergeben hätten. Dr. med. U.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt Klinik V.\_\_\_\_, hatte in seinem Bericht vom 28. April 2015 (act. G 9.5) als vorläufige Diagnosen eine dissoziative Bewegungsstörung



(F44.4) und einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (F10.1) angegeben. Dr. med. W.\_\_\_\_, Chirurgie, hatte am 12. Mai 2015 aufgrund einer interdisziplinären Beurteilung vom 21. Januar/8. Mai 2015 (act. G 9.1) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine COPD und eine dissoziative Bewegungsstörung angegeben. Der anamnestische Aethylabusus habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die zwischenzeitlich durchgeführten Untersuchungen hätten relevante Ergänzungen zum ABI-Gutachten aufgezeigt. Insbesondere bestünden keine Polyneuropathie mit toxischer Schädigung und keine kognitive Beeinträchtigung toxischer Art. Der Beschwerdeführer sei bereits beim Ausfüllen des Mini-Mental-Tests durch die COPD eingeschränkt gewesen. Daher sei davon auszugehen, dass ihm auch leichtere Tätigkeiten wegen der progredienten COPD nicht mehr zumutbar seien. Dies habe auch der Arbeitsbericht des S.\_\_\_\_ bestätigt.

B.b Am 13. Oktober 2015 nahm Dr. R.\_\_\_\_ vom RAD Stellung zur Beschwerdeschrift (IV-act. 191). Er erklärte, dass es sich bei der Tätigkeit im S.\_\_\_\_ nicht um eine wechselbelastende Tätigkeit gehandelt habe. Die Arbeit in der Baulattenmalerei sei wegen der COPD nicht adaptiert gewesen. Dr. U.\_\_\_\_ habe die Gangstörung als dissoziative Bewegungsstörung eingeordnet. Es handle sich hierbei lediglich um eine andere diagnostische Klassifizierung, die nichts an der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung ändere. Die Beurteilung von Dr. T.\_\_\_\_ stimme mit jener der ABI-Gutachter überein. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien weder der Arbeitsbericht noch die neu vorgelegten medizinischen Berichte geeignet, etwas an der Beurteilung des ABI zu ändern. Allenfalls ergäben sich aus dem Bericht von Dr. T.\_\_\_\_ vom 1. April 2015 Hinweise auf eine mögliche Verschlechterung der COPD zwischen Ende Februar 2015 und März 2015. Eine mögliche Verschlechterung wäre also erst nach Verfügungserlass eingetreten.

B.c Die Beschwerdegegnerin beantragte am 25. Oktober 2015 die Abweisung der Beschwerde (act. G 11). Zur Begründung führte sie an, dass die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich medizinisch-theoretisch zu bestimmen sei. Demnach sei nicht entscheidend, dass der Beschwerdeführer beim Arbeitsversuch keine brauchbare Leistung gezeigt habe. Aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers seien Arbeitsversuche von Vornherein zum Scheitern verurteilt. Es sei nicht möglich, den Anteil allfälliger Motivationsmängel vom willentlich nicht



steuerbaren Unvermögen, eine volle Leistung zu erbringen, abzugrenzen. Der Beschwerdeführer sei vom ABI umfassend begutachtet worden. Das Gutachten sei ausführlich und die Schlussfolgerungen sowie die Arbeitsfähigkeitsschätzung seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Der RAD habe in seiner Stellungnahme vom 13. Oktober 2015 erklärt, dass sich aus den neu eingereichten medizinischen Berichten keine neuen Aspekte ergäben. Der Beschwerdeführer sei somit in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig.

B.d Der Beschwerdeführer verzichtete auf eine Replik (act. G 17).

B.e Am 22. März 2016 räumte das Gericht dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers Gelegenheit ein, zur Rechtsprechungsänderung bei der invalidenversicherungsrechtlichen Behandlung diagnostizierter anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer Leiden Stellung zu nehmen (act. G 19).

B.f Am 15. Juni 2016 (act. G 26) erklärte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, dass im ABI-Gutachten ausdrücklich auf das Fehlen einer erheblichen psychiatrischen Komorbidität hingewiesen worden sei. Dieses Kriterium bestehe heute nicht mehr. Insgesamt vermöge das ABI-Gutachten einer ergebnisoffenen, symmetrischen Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens nicht einmal im Ansatz zu genügen. Eine solche sei nachzuholen. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme hierzu (act. G 27).

### Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2015 hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint. Strittig ist demnach, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat oder nicht.

1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht



durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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).

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.

2.1 Um das Invalideneinkommen und damit den IV-Grad festlegen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

2.2 In somatischer Hinsicht hat der Beschwerdeführer erklärt, unter konstanten stechenden bis brennenden Schmerzen im rechten Bein zu leiden, die von der Leiste rechts in den rechten Oberschenkel ausstrahlten und die er auch im rechten Fuss verspüre. Am Morgen verspüre er am wenigsten Beschwerden. Im Laufe des Tages nähmen die Schmerzen zu, sodass er gegen Abend nur noch mit dem Rollator spazieren gehen könne. Im letzten Jahr seien im Bereich des linken Beines ähnliche



Beschwerden aufgetreten, wobei die Symptomatik im rechten Bein eindeutig im Vordergrund stehe. Der Beschwerdeführer hat ausserdem angegeben, dass er bei schnellem Gehen in der Ebene und beim Bergaufgehen unter Atemnot leide. Weder die orthopädischen Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ (Gutachten vom Februar 2012) und Dr. N.\_\_\_\_ (ABI-Gutachten vom 18. November 2014) noch der neurologische Gutachter Dr. O.\_\_\_\_ (ABI-Gutachten) haben ein organisches Korrelat für die Schmerzen in den Beinen bzw. die Gangstörung gefunden. Auch die Klinik für Neurologie des KSSG und die Neurologin Dr. T.\_\_\_\_ haben keine organische Ursache der Beinschwäche und der Schmerzen im Oberschenkelbereich erheben können. Die Beinbeschwerden sind somit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht auf eine somatische Ursache zurückzuführen. Der Beschwerdeführer leidet unbestrittenermassen an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Im Zeitpunkt der Begutachtung durch das ABI haben die lungenfunktionellen Befunde eine Ateminvalidität der Klasse 2 ergeben. Der pneumologische Gutachter Dr. Q.\_\_\_\_ hat die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Koch und in jeder vorwiegend mittelschweren bis schweren körperlichen Arbeit auf 0 % geschätzt. In körperlich vorwiegend leichten Tätigkeiten ohne Exposition mit Nässe-, Rauch- oder Kälte bestehe hingegen aus rein pneumologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Angesichts der erhobenen lungenfunktionellen Befunde und der Angaben des Beschwerdeführers, wonach er lediglich bei schnellem Gehen geradeaus oder beim Bergaufgehen unter Atemnot leide, überzeugt diese Einschätzung. Zu prüfen bleibt, ob sich die Atembeschwerden zwischen der Begutachtung (Oktober 2014) und dem Verfügungserlass (9. Februar 2015) verschlechtert haben. Die Neurologin Dr. T.\_\_\_\_ hat in ihrem Bericht vom 1. April 2015 von einer schweren COPD (Gold III) gesprochen. Sie hat zudem erklärt, dass der Beschwerdeführer im Gegensatz zur Untersuchung am Vormittag Ende Februar 2015 am 23. März 2015 an einer massiven Dyspnoe gelitten habe. Der Beschwerdeführer hat bei der Untersuchung durch Dr. T.\_\_\_\_ Ende Februar 2015 noch keine Anzeichen für eine Verschlechterung der COPD gezeigt. Da die Verfügung am 9. Februar 2015 erlassen worden ist, wäre eine allfällige Verschlechterung der COPD im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen. Im Übrigen vermag die Schlussfolgerung von Dr. W.\_\_\_\_, der als Chirurg nicht über pneumologisches Fachwissen verfügt, dass der Beschwerdeführer wegen der COPD auch in jeder körperlich leichten Tätigkeit voll arbeitsunfähig sei, weil er an einem Nachmittag Atemprobleme beim Ausfüllen eines Tests gehabt habe, nicht zu



überzeugen. Es kann sich hierbei nämlich auch um eine vom ABI-Gutachter umschriebene, vorübergehende COPD-Exacerbation gehandelt haben. Der neurologische ABI-Gutachter Dr. O. \_\_\_ hat als Folge des Alkoholabusus eine leichte Polyneuropathie festgestellt, welche sich in geminderten ASR (Achillessehnenreflex) und einer Pallhypästhesie (Verminderung des Vibrationsempfindens) manifestiere. Dr. O. \_\_\_ hat die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht wegen einer verminderten Leistungsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht auf 80 % geschätzt. Im Gegensatz zu Dr. O. \_\_\_ hat Dr. T. \_\_\_ bei ihrem neurologischen und elektrodiagnostischen Untersuchung vom 26. Februar 2015 keine Hinweise für eine Polyneuropathie gefunden. Sie hat erklärt, dass die neurologische Untersuchung einige Diskrepanzen gezeigt habe, die auf eine nichtorganische Ursache der Problematik hindeuteten. Diese Beurteilung wird durch den Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 24. November 2011 gestützt. Die Untersuchungen hatten damals weder klinisch-neurologisch noch elektrophysiologisch Hinweise auf eine Neuropathie der zum rechten Bein führenden Nerven ergeben. Zwar ist der Bericht des KSSG im Verfügungszeitpunkt bereits über drei Jahre alt gewesen. Die gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers haben aber bereits damals bestanden. Demzufolge ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht an einer Polyneuropathie leidet. Dr. O. \_\_\_ und der Neuropsychologe lic. phil. P. \_\_\_ haben sodann angegeben, dass leichte kognitive Beeinträchtigungen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussten. Dr. T. \_\_\_ hat am 23. März 2015 eine kurze neuropsychologische Screening-Untersuchung durchgeführt und erklärt, dass die Untersuchung, ausser einer massiven Atemnot, die die Aufmerksamkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt habe, keine relevanten Auffälligkeiten/Pathologien gezeigt habe. Lic. phil. P. \_\_\_ hat im Gutachten ausgeführt, dass das Testprofil wegen des aktiven Substanzgebrauchs (der Beschwerdeführer hatte am Morgen vor der neuropsychologischen Untersuchung 30 Tropfen Tramal eingenommen und es sei ein leichter Foetor alcoholicus wahrnehmbar gewesen, siehe S. 26 des Gutachtens) als nicht valide angesehen werden müsse. Die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht könne daher nicht abschliessend beurteilt werden. Dass die Gutachter trotzdem eine leichte kognitive Beeinträchtigung diagnostiziert haben, leuchtet nicht ein. Hinzu kommt, dass diese Diagnose gemäss dem Klassifikationssystem ICD-10 (F06.7) nur in Verbindung mit einer körperlichen Krankheit gestellt und bei Vorliegen einer anderen



psychischen oder Verhaltensstörung aus dem Abschnitt F10-F99 nicht verwendet werden sollte. Im vorliegenden Fall hat der psychiatrische ABI-Gutachter jedoch eine chronische Schmerzstörung (F45.41) diagnostiziert. Somit überzeugt auch die von den ABI-Gutachtern gestellte Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung nicht. Mit Dr. T.\_\_\_\_ ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht an kognitiven Beeinträchtigungen leidet. Da der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder an einer Polyneuropathie noch an kognitiven Beeinträchtigungen leidet, kann aus neurologischer Sicht nicht von einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden.

2.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer wegen der COPD in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ungelernter Koch zu 100 % arbeitsunfähig ist. In einer körperlich vorwiegend leichten Arbeit ohne Rauch-, Kälte- und Nässeexposition besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, hätte der Beschwerdeführer auch keinen Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn mit den ABI-Gutachtern von einer 20 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht ausgegangen würde.

2.4 In psychiatrischer Hinsicht hat der ABI-Gutachter Dr. M.\_\_\_\_ eine Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (F10.25), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) mit einer funktionellen Gangstörung (R26.8) diagnostiziert. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung führt eine Alkoholabhängigkeit als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wird im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Oktober 2015, 8C\_582/2015 E. 2.2.1). Dr. M.\_\_\_\_ hat der Alkoholabhängigkeit an sich daher zu Recht keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hat in seinem Bericht vom 28. April 2015 als vorläufige Diagnose eine dissoziative Bewegungsstörung (F44.4) (und einen schädlichen Gebrauch von Alkohol) angegeben. Dr. M.\_\_\_\_ und RAD-Arzt Dr. R.\_\_\_\_ haben erklärt,



dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unerheblich sei, ob die geklagten Gangstörungen nun im Rahmen einer Symptomverdeutlichung bei einer Schmerzstörung oder als eigenständige dissoziative Störung klassifiziert würden (S. 16 des Gutachtens und RAD-Stellungnahme vom 13. Oktober 2015). Diese Einschätzung leuchtet ein, da nicht die Diagnose an sich, sondern die Befunde und funktionellen Einschränkungen für die Arbeitsfähigkeitsschätzung entscheidend sind. Es kann somit offengelassen werden, ob der Beschwerdeführer an einer chronischen Schmerzstörung oder an einer dissoziativen Bewegungsstörung leidet.

2.4.1 Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert (vgl. z.B. IV-Rundschreiben Nr. 334). Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten haben durch die Praxisänderung nicht per se ihren Beweiswert verloren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob das ABI-Gutachten mit Bezug auf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine schlüssige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit im Lichte der neuen Rechtsprechung erlaubt.

2.4.2 Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 die bisherige Vermutung, dass der versicherten Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens überwunden werden könnten, aufgegeben. Neu muss eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens erfolgen. Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden; es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste". Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind:

### 1. Funktioneller Schweregrad:



## St.Galler Gerichte

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome;
- Behandlungserfolg oder -resistenz;
- Komorbiditäten;
- "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen);
- sozialer Kontext.

### 2. Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens):

- Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (sozialer Rückzug, Ressourcen);
- Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen;
- Verhalten im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung.

Der Beschwerdeführer hat anlässlich der ABI-Begutachtung über Schmerzen in den Beinen und Mühe beim Gehen geklagt. Psychisch gehe es ihm gut. Der Beschwerdeführer hat erklärt, dass er am Morgen – nach der Einnahme von 30 Tropfen Tamal – relativ beschwerdefrei gehen könne. Seinen Tagesablauf hat er wie folgt geschildert: Er gehe um 23 Uhr ins Bett und stehe um 7:30 Uhr auf. In der Regel könne er gut schlafen. Nach dem Frühstück mache er einen zirka einstündigen Spaziergang mit den Hunden und erledige die Einkäufe. Er koche leidenschaftlich gerne. Vor allem am Wochenende nehme er sich Zeit, ein gutes Essen zu kochen. Auch nachmittags sei er mit den Hunden unterwegs. Wegen seiner Beinbeschwerden lege er sich am Nachmittag hin. Zudem fische er regelmässig. Mit seinem Leben sei er zufrieden. Der Beschwerdeführer gestaltet seinen Tagesablauf also sehr aktiv. Mit Ausnahme des Umstandes, dass er sich am Nachmittag jeweils eine Zeitlang hinlegt, ist nicht ersichtlich, dass ihn die Gehstörung im Alltag wesentlich beeinträchtigen würde. Insbesondere fällt auf, dass der Beschwerdeführer trotz der Gehstörung jeden Tag längere Spaziergänge unternimmt und Haushaltsaufgaben erledigt (Einkäufe, Kochen).



Die Ausprägung der geltend gemachten Gangstörung ist daher nicht als erheblich einzustufen. Der orthopädische ABI-Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ hat erklärt, dass das vom Beschwerdeführer demonstrierte Gangbild inkonstant gewesen sei (S. 21 des Gutachtens). Der psychiatrische Gutachter hat von einer Symptomverdeutlichung gesprochen. Bereits das Spital D.\_\_\_\_ hatte in seinem Bericht vom 15. April 2011 angegeben, dass die sensomotorischen Defizite nicht aufgetreten seien, wenn der Beschwerdeführer abgelenkt worden sei. Es bestehen somit Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liegt nicht vor. Die Ärzte haben auch keine relevante psychische Komorbidität ausmachen können. Der Beschwerdeführer hat bis zum Verfügungserlass nie eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung absolviert. Die Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ im Jahr 2011 sei auf Anraten des KSSG erfolgt und lediglich vorübergehend gewesen. Dr. M.\_\_\_\_ hat angegeben, dass das Scheitern aller therapeutischer Bemühungen im Wesentlichen damit zusammenhänge, dass der Beschwerdeführer aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um seine Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Auch fänden sich keine schweren, lebensgeschichtlichen Belastungen. Dr. M.\_\_\_\_ hat ausserdem keine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren können, da eine solche sowohl die Arbeitsfähigkeit als auch die sozialen Beziehungen ab Eintritt ins Erwachsenenalter massiv beeinträchtigt hätte. Der Beschwerdeführer habe jedoch erst infolge der Scheidung und der massiven Alkoholabhängigkeit Schwierigkeiten an den Arbeitsplätzen bekommen. Zudem lebe er seit fünf Jahren mit seiner Partnerin zusammen, mit der er sich sehr gut verstehe (S. 17 des Gutachtens). Der Beschwerdeführer kann sich aufgrund der Beinstörung allenfalls eine einstündige sitzende Tätigkeit pro Tag vorstellen. Diese Einschätzung steht in Widerspruch zu seinem aktiven Tagesablauf. Eine Gangstörung schränkt eine Person beim Gehen und nicht beim Sitzen ein. Deshalb fehlt der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers (sitzende Tätigkeit eine Stunde pro Tag) offensichtlich jede Objektivität. Insgesamt überzeugt die Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_, dass es dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden kann, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, auch unter Berücksichtigung der gemäss der neuen bundesgerichtlichen



Rechtsprechung relevanten Indikatoren. Der Beschwerdeführer leidet also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht an einer die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden somatoformen Störung.

2.4.3 Dr. J.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 17. August 2012 unter anderem angegeben, dass der Beschwerdeführer an einem larvierten (sich über den Körper zeigenden) mittelgradigen depressiven Zustandsbild leide. Es handle sich hierbei um eine Hilflosigkeit, die sich über den Körper ausdrücke. Dr. M.\_\_\_\_ hat hierzu ausgeführt, dass ihm diese Diagnose weit hergeholt scheine. Das Konzept der larvierten Depression sei überholt und habe bei der ICD-10 keinen Einzug gefunden. Da keine Depression vorhanden sei, könne eine Konversionsstörung nicht als Folge einer larvierten Depression angesehen werden. Zudem fehlten Hinweise auf unbewusste Konflikte, die sich im Symptom einer Konversionsstörung Geltung verschafft hätten. Die von Dr. M.\_\_\_\_ angeführten Argumente überzeugen, zumal auch Dr. H.\_\_\_\_ anlässlich seiner Untersuchung im Februar 2012 keine depressiven Symptome erhoben hat. Folglich ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht an einem larvierten mittelgradigen depressiven Zustandsbild leidet.

2.4.4 Dr. M.\_\_\_\_ hat die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht folgerichtig auf 100 % geschätzt. Sie überzeugt, da keine psychiatrischen Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ stimmt auch mit jener von Dr. H.\_\_\_\_ im Gutachten vom Februar 2012 überein, welcher keine Anhaltspunkte für ein psychiatrisches Leiden von Krankheitswert gefunden und eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert hatte.

2.4.5 Zum Arbeitsversuch des Beschwerdeführers ist folgendes anzumerken: Einerseits hat es sich, worauf der RAD-Arzt zu Recht hingewiesen hat, zumindest bei der Tätigkeit in der Baulattenmalerei nicht um eine adaptierte Tätigkeit gehandelt. Andererseits sind bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung lediglich diejenigen Einschränkungen zu berücksichtigen, die objektivierbar sind. Die Beinbeschwerden, die den Beschwerdeführer subjektiv in seiner Arbeitsfähigkeit am meisten beeinträchtigen, sind dies gerade nicht. Daher ist die vom Beschwerdeführer gezeigte Leistung im Rahmen des Arbeitsversuchs nicht geeignet, etwas über seine objektive Arbeitsfähigkeit auszusagen.



2.4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als ungelernter Koch aus somatischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer körperlich adaptierten Tätigkeit hat aber nie eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden.

3.

3.1 Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Der Beschwerdeführer hat sich im Juli 2011 zum Leistungsbezug angemeldet. Er hätte somit gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Januar 2012 Anspruch auf eine IV-Rente. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Aushilfskoch kann er gesundheitsbedingt nicht mehr ausüben. Die Tätigkeit als Aushilfskoch hat der Beschwerdeführer in einem unregelmässigen Pensum (50-100 %) verrichtet. Der Stundenlohn (inkl. 13. Monatslohn, ohne Ferien- und Feiertagsentschädigung) hat Fr. 24.02 betragen. Die ehemalige Arbeitgeberin hat im Juni 2012 mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer heute ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in einem 100 %-Pensum einen Bruttolohn von Fr. 4'172.-- verdienen würde. Unter Berücksichtigung eines 13. Monatslohnes hätte das Jahreseinkommen 2012 somit Fr. 54'236.-- betragen. Ein Hilfsarbeiter hat im selben Jahr, aufgerechnet auf eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, durchschnittlich Fr. 61'910.-- verdient (Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, siehe Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Der Beschwerdeführer hat an seinem letzten Arbeitsplatz somit ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt. Es ist davon auszugehen, dass er nicht freiwillig zu einem unterdurchschnittlichen Lohn gearbeitet hat, sondern aufgrund der Wirtschaftslage keine besser bezahlte Arbeitsstelle gefunden hat. Dem Valideneinkommen ist daher nicht das zuletzt erzielte, unterdurchschnittliche Erwerbseinkommen als Aushilfskoch zugrunde zu legen, sondern der Lohn, den der Beschwerdeführer bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage hätte erzielen können, nämlich der durchschnittliche Lohn eines Hilfsarbeiters. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt, weshalb als Invalidenkarriere ebenfalls nur eine Hilfsarbeit in Frage kommt. Da das Validen- und das Invalideneinkommen anhand des durchschnittlichen Einkommens eines Hilfsarbeiters zu ermitteln sind, erübrigt sich deren genaue Ermittlung, da der Invaliditätsgrad in solchen Fällen dem Grad der



Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn entspricht (sog. Prozentvergleich; vgl. etwa BGE 114 V 310 E. 3a). Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 0 % beträgt der IV-Grad ebenfalls 0 %. Würde auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI abgestellt und von einer 20 %igen Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen und zudem ein 10 %iger Tabellenlohnabzug gewährt, würde mit 28 % immer noch kein rentenauslösender IV-Grad resultieren ( $20 \% + [80 \% \times 0.1]$ ).

3.2 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

4.

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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Diese ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### 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 durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.