



**Fall-Nr.:** IV 2017/241  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.02.2020  
**Entscheiddatum:** 02.07.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 02.07.2019**

**Würdigung der medizinischen Aktenlage einschliesslich eines polydisziplinären Gutachtens. Erforderlichkeit des Einbezugs weiterer Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Juli 2019, IV 2017/241).**

#### **Entscheid vom 2. Juli 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2017/241

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand



### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 4./18. Januar 2016 (IV-act. 1) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er habe den Beruf des [...] erlernt und sei seit 19\_\_ geschieden. Er leide an Schulterbeschwerden, links stärker als rechts, und an Migräneattacken.

**A.b.** Dr. med. B.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, gab im Arztbericht vom 3. Januar 2016 (IV-act. 2) an, es lägen beim Versicherten eine "larvierte" Depression, akzentuierte (schizoide) Persönlichkeitszüge, eine Vereinsamungsproblematik, eine reaktive Polytoxikomanie, Alkoholproblematik; eine Arteriosklerose; chronische Spannungskopfschmerzen; eine Schulterarthrose links >> rechts; eine skoliothische WS-Fehlhaltung; eine Refluxoesophagitis und chronische Gastroduodenitis; ein St. nach Cholecystektomie, "Leberzellschaden"; ein lat. Hypertonus; multiple Allergien (Baumpollen, Hausstaub) und eine beg. Lungenfibrose vor. Er behandle den Versicherten seit November 2007. Es seien auch schon stationäre Behandlungen erfolgt, in den Kliniken C.\_\_\_\_ 10/11/2006 wegen Alkoholabhängigkeit, ausserdem solche im Spital D.\_\_\_\_, 10/2011 wegen Refluxoesophagitis, 12/2014 zu Dickdarmpolypektomien und danach wiederholt wegen Cephalgien und Erschöpfungszuständen. Seit ca. 2005 sei der Versicherte arbeitslos; er lebe allein. Es bestehe ein Verlust an Zukunftsperspektiven. Ein Entzug der missbräuchlich eingesetzten Medikamente sei nicht möglich. Seit 2005 sei der Versicherte zu 50 % arbeitsunfähig; die Arbeitsunfähigkeit sei seither kontinuierlich zunehmend. Es bestehe eine erheblich gestörte Konzentrations- und Merkfähigkeit, auch durch den gestörten Tag-/Nacht-Rhythmus und die Einnahme der Psychopharmaka. Die Belastbarkeit der Schulter und Arme sei erheblich eingeschränkt. Heben und Tragen von Lasten über 10 kg seien dem Versicherten nicht zumutbar, ebenso wenig Arbeiten unter Zeitdruck, an gefährlichen Maschinen oder auf Gerüsten und Leitern sowie Arbeiten in körperlichen Zwangshaltungen. Einer regelmässigen, zeitlich geregelten Arbeit könne er nicht nachgehen. Nicht einmal eine tägliche regelmässige Arbeit an zwei Stunden sei



ihm zumutbar. Mit einer Besserung sei aus arbeitsmedizinischer Sicht nicht zu rechnen; eine Berentung sei unausweichlich. Die Prognose sei angesichts der anamnestischen Entwicklung, der Chronizität der Erkrankungen, der zunehmenden Verschlechterung, der Progression der Arteriosklerose und der Unmöglichkeit, die Polytoxikomanie zu beheben, insgesamt infaust. - In einem Bericht zur Eingliederung vom 1. Februar 2016 (IV-act. 6) gab der Arzt an, der Versicherte befinde sich zurzeit erneut in stationärer Therapie bei Schmerzexazerbation der linken Schulter, Verschlechterung des Allgemeinzustandes und unklarem Infektgeschehen. Physische und insbesondere psychische Gründe sprächen gegen einen Beginn der Wiedereingliederung. Nachdem der Versicherte schon seit vielen Jahren aus dem allgemeinen Arbeitsprozess ausgeschieden gewesen sei, sei er auch mental sicherlich nicht mehr in der Lage, sich darauf wieder einzustellen und komplexe Abläufe zu erlernen.

**A.c.** Dem IK-Auszug (IV-act. 4) war zu entnehmen, dass der Versicherte bis 2001 Einkommen aus langjährigen Arbeitsverhältnissen gehabt hatte. Danach hat er Arbeitslosenentschädigung bezogen; dazwischen bzw. danach waren lediglich noch für kürzere Zeiten Einträge erfasst worden, letztmals für 2010.

**A.d.** Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung befürwortete am 14. März 2016 (IV-act. 10) verschiedene Rückfragen an Dr. B.\_\_\_\_ (unter anderem nach einem MRI zur Abklärung einer allfälligen hirnrorganischen Ursache der kognitiven Defizite). Der von Dr. B.\_\_\_\_ erwähnte Leberzellschaden, die Refluxoesophagitis und die chronische Gastroduodenitis würden auf bereits eingetretene somatische Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit schliessen lassen. Noch nicht ersichtlich sei, inwieweit auch bereits hirnrorganische Folgeschäden vorlägen.

**A.e.** Dr. B.\_\_\_\_ antwortete am 28. März 2016 (IV-act. 24; vgl. Fragestellung IV-act. 13), gewisse Wesensveränderungen seien bei den zahlreichen Kontakten mit dem Versicherten seit 2006 unschwer zu erkennen. Beispielsweise nähmen die depressiven Episoden zu. Ein weiterer wichtiger Grund (bzw. Hinweis für eine hirnrorganische Ursache) seien der jahrzehntelange Alkoholabusus und die seit vielen Jahren bestehende Polytoxikomanie. Ob ein MRI gemacht worden sei, müsse geprüft werden. Eine gewisse Hirnatrophie bzw. Encephalopathie sei klinisch aber sicherlich sehr wahrscheinlich. Allenfalls würde noch ein MRI veranlasst werden. - Einem Bericht des



Spitals D.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2016 (IV-act. 23) waren als Diagnosen zu entnehmen (verkürzt wiedergegeben, erstens) ein hochgradiger Verdacht auf medikamentös getriggerte Gastritis und Duodenitis, (zweitens) ein Rotatorenmanschettensyndrom beidseits, (drittens) eine akute Niereninsuffizienz Stadium 1 (ED 27.01.2016), (viertens) eine rezidivierende mittelschwere Hyponatriämie unklarer Genese, (fünftens) eine Thrombozytose unklarer Genese, (sechstens) eine normochrome, normozytäre Anämie, (siebtens) ein St. n. chronischer alimentärer C2-Belastung, (achtens) ein Entzündungsprozess nicht sicherer Lokalisation, (neuntens) eine arterielle Hypertonie, (zehntens) ein St. n. leichter depressiver Symptomatik im Sinn einer Dysthymia 06/2015, (elftens) eine Polyneuropathie (ED 01/16) und (zwölftens) eine chronische Bursitis olecrani links. Bei der Anamnese war ein Zolpidemabusus [Hypnotikum, Mittel gegen Schlafstörungen] 2014 erwähnt worden (IV-act. 23-5). Bei Austritt waren 20 mg Zolpidem zur Nacht, daneben Quetiapin [Atypisches Neuroleptikum, Mittel u.a. gegen manische und depressive Episoden bei bipolaren Störungen] und Remeron [Wirkstoff Mirtazapin, tetrazyklisches Antidepressivum, Mittel gegen unipolare depressive Episoden] verschrieben gewesen (IV-act. 23-4). - Die Klinik C.\_\_\_\_ reichte vier Berichte aus der Zeit zwischen September 2004 und November 2006 ein. Dem ersten Bericht vom 29. September 2004 war zu entnehmen, dass der Versicherte angegeben hatte, seine Lebensgeschichte habe 198\_ einen Knick erlitten, als seine Frau sich von ihm getrennt habe. Er habe aber weiterhin gearbeitet und Alkohol habe damals noch keine Rolle gespielt. Seit er nach der Arbeitslosigkeit (bei Ende der beruflichen Tätigkeit 2001) ausgesteuert worden sei und vom Sozialamt lebe, trinke er vermehrt Alkohol. Ausserdem habe er kaum auszuhaltende Kreuz- und Nackenschmerzen, gegen welche Schmerzmittel nicht mehr helfen würden; nur durch Alkohol vermöge er die Schmerzen einigermassen auszuhalten. Der Versicherte war wegen der Alkoholproblematik mit Verwarlosung und Suizidankündigungen durch FFE eingewiesen worden (vgl. IV-act. 21). Nach einjähriger Abstinenz war im November 2005 nach einer Belastungssituation mit akuter Belastungsreaktion eine notfallmässige Einweisung erfolgt. Der Arbeit im Rahmen eines Programms habe der Versicherte nicht mehr nachgehen können. Verschrieben worden war damals Stilnox [Wirkstoff Zolpidem] in Reserve (vgl. Bericht vom 18. November 2005, IV-act. 19). Nach Enttäuschungen [...] und nach enttäuschter Hoffnung auf eine neue berufliche Aufgabe war gemäss Bericht vom 18. September 2006 erneut ein stationärer Aufenthalt erfolgt. Diagnostiziert



## St.Galler Gerichte

worden waren nebst dem Alkoholabhängigkeitssyndrom chronische Rückenschmerzen. Es wurde festgehalten, es bestehe beim Versicherten ein deutlicher Mangel an Krankheitsgefühl und an Krankheitseinsicht. Er sei bezüglich der Abhängigkeitsproblematik bagatellisierend geblieben. Als Schlaf-Reservemedikation war Dipiperon [Neuroleptikum] eingesetzt worden (vgl. IV-act. 17). Aufgrund eines Trinkrückfalls hatte gemäss Bericht vom 20. November 2006 (IV-act. 15) eine weitere Hospitalisation stattgefunden.

**A.f.** Der RAD hielt am 11. Mai 2016 (IV-act. 28) dafür, aufgrund der beschriebenen Folgeschäden (Hirnschrumpfung, Fettleber, Polyneuropathie) könne eher nicht mehr mit dem Erreichen von Eingliederungsfähigkeit gerechnet werden. - Dem Versicherten wurde am 24. Mai 2016 (IV-act. 31) mitgeteilt, berufliche Massnahmen seien aufgrund des Gesundheitszustands nicht möglich.

**A.g.** Dr. B.\_\_\_\_ gab in einem IV-Verlaufsbericht vom 10. Juni 2016 (IV-act. 33) an, trotz wiederholter stationärer Behandlungen innert der letzten fünfzehn Monate beständen die chronischen internistischen Probleme des Versicherten (wie Gastritis, Cephalgien usw.) weiterhin. Die Dauermedikationen müssten fortgeführt werden. Die Polytoxikomanie habe nicht wesentlich verbessert werden können. Wiederholte fachärztlich orthopädische Behandlungen der Schulter (mit Infiltrationen) hätten weder eine nachhaltige Schmerzlinderung noch eine Besserung der Beweglichkeit/Funktion gebracht.

**A.h.** Einem Austrittsbericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2016 (IV-act. 42) über eine Hospitalisation des Versicherten vom 13. bis 19. Juli 2016 war zu entnehmen, dass neben Remeron, Zolpidem und Quetiapin [Wirkstoff des Präparats Seroquel] Tramadol retard Depotabs [Opioid-Analgetikum, Mittel gegen mittelstarke bis starke prolongierte Schmerzen; viermal 100 mg] und Sirdalud [Muskelrelaxans] verschrieben worden waren.

**A.i.** In der Folge wurde eine gutachterliche Abklärung veranlasst, wobei gemäss RAD danach gefragt wurde, welches die Arbeitsfähigkeit des Versicherten für eine adaptierte Tätigkeit unter Ausblendung der Sucht sei, und falls das (Ausblenden) nicht möglich sei, ob die Auferlegung einer Abstinenzauflage zumutbar sei (vgl. IV-act. 48-2, 47-2). -



Im polydisziplinären orthopädisch-psychiatrisch-internistischen Gutachten des Medizinischen Gutachtenzentrums Region St. Gallen (MGSG) vom 13. März 2017 (IV-act. 53; Begutachtung im Januar 2017) war keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben worden. Ohne Auswirkung seien eine Ausdünnung der langen Bicepssehne und eine leichte Acromioclaviculargelenkarthrose links, eine vermehrte aktiv redressierbare Kyphose der Brustwirbelsäule, ein Zustand nach Störungen durch Alkohol, gegenwärtig abstinente, ein Zustand nach langdauernden depressiven Stimmungsschwankungen (Dysthymie), bestehend von etwa 2001 bis Ende 2014, eine arterielle Hypertonie, ein Nikotinabusus und eine äthylische Hepatopathie (mit erhöhter Gamma-GT, hyperchromer makrozytärer Anämie und Thrombozytose). Seit Januar 2015 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit des Versicherten als Sachbearbeiter, da sich keine psychischen Störungen mit Krankheitswert hätten erheben lassen und da seine emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation, die Kontaktfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit nicht beeinträchtigt seien. Seit dem Begutachtungszeitpunkt bestehe auch aus orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit, da [bzw. wenn] es um eine körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen ohne Arbeiten über der Horizontale gehe. Eine rückblickende Beurteilung könne weder orthopädisch - die orthopädischen Diagnosen im MRI differierten von jenen im Jahr 2016 - noch (nach den anamnestischen Angaben und dem langjährigen Alkoholabhängigkeitssyndrom) psychiatrisch erfolgen. Einer sofortigen beruflichen Eingliederung stünden keine medizinischen Hinderungsgründe entgegen. Die Schmerzen in der linken Schulter liessen sich nur unvollständig erklären. Die depressiven Stimmungsschwankungen seien seit etwa Januar 2015 weitgehend abgeklungen und seit Mai 2014 werde eine Alkoholabstinenz angegeben. Die Schlafstörungen hätten sich unter einer antidepressiven neuroleptischen Medikation, kombiniert mit Zolpidem, gebessert. Es sollte angesichts des Suchtpotenzials dieses Mittels eine Reduktion des Zolpidem angestrebt werden, eventuell mit Erhöhung von Seroquel. Bei Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes sei eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen; suchttherapeutische Massnahmen würden zurzeit nicht erforderlich erscheinen. Es liessen sich seit der Scheidung 198\_ psychische Störungen durch Alkohol mit Abhängigkeitssyndrom und regelmässigem täglichem Konsum über Jahre hinweg erheben. Zum Untersuchungszeitpunkt hätten sich keine eindeutigen Hinweise für



## St.Galler Gerichte

einen weiterhin bestehenden Alkoholkonsum gefunden, wobei der CDT-Wert im Normbereich gelegen habe, während der GGT-Wert auf eine Hepatopathie hinweise. Der langjährige Alkoholkonsum habe nicht zu fassbaren irreversiblen psychischen Folgeschäden geführt. Es hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration keine kognitiven Störungen wie Konzentrations- oder Auffassungsstörungen erheben lassen. Es handle sich am ehesten um eine primäre Sucht.

**A.j.** Der RAD gab am 31. März 2017 (IV-act. 54) an, abgesehen von den stationären Behandlungen im Januar und Juli 2016 habe seit Januar 2015 keine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestanden.

**A.k.** Mit Vorbescheid vom 4. April 2017 (IV-act. 57) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten in Aussicht, sein Gesuch vom Januar 2016 abzuweisen. Die Abklärungen hätten ergeben, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in angestammter oder adaptierter Tätigkeit ausgewiesen seien. Eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit habe nicht bestanden, weshalb kein Rentenanspruch habe entstehen können. - Mit Verfügung vom 6. Juni 2017 (IV-act. 58) wies sie das Gesuch (entsprechend) ab.

### **B.**

Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 25. Juni 2017 (Poststempel: 26. Juni 2017). Der Beschwerdeführer beantragt sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer Leistung. Für seine eingeschränkte Leistungsfähigkeit lägen sehr wohl medizinische Gründe vor. Er werde eine ärztliche Begründung von Dr. B.\_\_\_\_ nachreichen. - Am 15. August 2017 hat der Beschwerdeführer ein ärztliches Attest von Dr. B.\_\_\_\_ vom 14. August 2017 eingereicht. Danach leide der Beschwerdeführer unter anderem an chronischen linksseitigen Kopfschmerzen, chronischen Ein- und Durchschlafstörungen, einer Depression, akzentuierten Persönlichkeitszügen (schizoid), chronischen Oberbauchschmerzen, einer Schulterergelenkarthrose mit Sehnenverkalkungen, fortgeschrittenen degenerativen HWS-Veränderungen mit Facettengelenkarthrose C4-C6, einer Niereninsuffizienz Grad II, einer chronischen rezidivierenden Epicondylitis radialis humeri, einer Hepatopathie, einer Thrombozytose, einer Polyneuropathie an beiden Füßen bis zur Knöchelregion, einer Polytoxikomanie (!), Allergien (!) und einer Refluxoesophagitis Grad I (!). Als gelernter [...] könne der Beschwerdeführer nicht mehr arbeiten, weil er seinerzeit die dortige Computerisierung nicht habe erlernen können.



## St.Galler Gerichte

Gravierendes, in den letzten Jahren verschlechtertes Hindernis sei auch die depressive Grundstimmung verbunden mit der Konzentrationsschwäche und den Störungen der Merkfähigkeit. Auch sein sehr gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus und der seit Jahren bestehende Medikamentenmissbrauch spielten eine wichtige Rolle. Zahlreiche, auch stationäre Entzugsversuche seien bisher deutlich gescheitert. Wahrscheinlich sei dadurch auch der Leberschaden mitverursacht. Stark belasten würden den Beschwerdeführer auch die chronische Magenschleimhaut- und Dünndarmentzündung, verbunden mit dem anatomisch bedingten Reflux, der auch in der Speiseröhre zu einer chronischen Entzündung führe. Eingeschränkt sei der Beschwerdeführer auch durch die ausgeprägte Schulterreckgelenkarthrose links, die auch schon zu deutlichen Degenerationen der Sehnen mehrerer Muskeln geführt habe und weiter fortschreiten werde. Die Belastbarkeit des linken Armes und der Schulter und deren Beweglichkeit seien in erheblichem Mass eingeschränkt. Auch die HWS zeige schon deutliche Degenerationen, die sicherlich im Zusammenhang mit den chronischen Kopfschmerzen stünden. Die multiplen Allergien würden ein Arbeiten ausserhalb klimatisierter Räume verbieten. Der Beschwerdeführer sei auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr wettbewerbsmässig einsetzbar.

### C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. August 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer sei beim MGSG umfassend polydisziplinär untersucht worden. Das Gutachten sei ausführlich abgefasst und die Schlussfolgerungen und die Arbeitsfähigkeitsschätzung seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Alle geltend gemachten Leiden seien umfassend abgeklärt worden. Der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ enthalte keine neuen Erkenntnisse. Die andere Ansicht eines behandelnden Arztes könne eine Administrativexpertise aber nur in Frage stellen, wenn sie objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringe, die unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen.

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung vom 6. Juni 2017, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 4./18. Januar 2016, namentlich den Rentenanspruch, abwies.



**1.2.** Berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin gemäss Mitteilung vom 24. Mai 2016 damals aufgrund des Gesundheitszustands für nicht möglich gehalten.

## **2.**

**2.1.** Nach Art. 28 IVG 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 Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29<sup>ter</sup> IVV; vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 16. Februar 2018, 8C\_633/2017 E. 3.4). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung seit 1. Januar 2008) entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (hier somit frühestens ab Juli 2016).

**2.2.** Nach Art. 4 Abs. 1 IVG gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge unter anderem von Krankheit verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann entsprechend nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid 9C\_125/2015 E. 5.3, BGE 130 V 396). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, vgl. auch BGE 102 V 165).

**2.3.** Medikamentenabhängigkeit (und -missbrauch) und Alkoholismus als solche begründen (wie Drogensucht) noch keine Invalidität im Sinn des Gesetzes (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 10. April 2013, 9C\_701/2012). Denn die Diagnose einer solchen Sucht oder Abhängigkeit lässt nicht schon darauf schliessen, dass der versicherten Person eine Abstinenz nicht mehr möglich wäre; ebenso wenig ist Abhängigkeit notwendigerweise mit Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit verbunden (vgl.



AHI 2002 S. 28, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [nunmehr Bundesgerichts] vom 22. Juni 2001, I 454/99; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 4b). Hat die Sucht allerdings eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber ist sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens, welchem Krankheitswert zukommt, so wird eine solche Sucht im Rahmen der Invalidenversicherung bedeutsam (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 12. Dezember 2017, 8C\_663/2017 E. 3.3, BGE 99 V 28 E. 2; AHI 2002 S. 28). Das bedeutet zwar nicht, dass die Auswirkungen einer Sucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend wären. Wo nur Befunde vorliegen, die in der Sucht ihre hinreichende Erklärung finden, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 10. April 2018, 9C\_620/2017 E. 2.2.1). Hingegen sind Suchtfolgen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 10. April 2018, 9C\_620/2017 E. 2.2.2, und vom 11. Februar 2019 8C\_608/2018 E. 3.2). Besteht zwischen Sucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden ein Kausalzusammenhang, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 22. November 2013, 9C\_370/2013 E. 4.2.1, vom 9. Januar 2015, 9C\_618/2014 E. 5.2, und vom 8. August 2006, I 169/06 E. 2.2). Einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung ist Rechnung zu tragen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 22. November 2013, 9C\_370/2013 E. 4.2.1).

### 3.

Der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wurden im Januar 2017 begutachtet. Es wurde festgehalten, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei seit Januar 2015 aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt, ab dem Begutachtungszeitpunkt (11. Januar 2017, IV-act. 53-43) für eine adaptierte Tätigkeit auch orthopädisch nicht. Die Arbeitsfähigkeit im vorangegangenen Zeitraum könne orthopädisch gesehen wegen der differierenden Diagnosen im MRI nicht beurteilt werden und sie könne psychiatrisch gesehen nach den anamnestischen Angaben und dem langjährigen Alkoholabhängigkeitssyndrom nicht beurteilt werden (vgl. IV-act. 53-41).



### 4.

**4.1.** Der Beschwerdeführer beklagte in somatischer Hinsicht zunehmende Schmerzen in der linken Schulter mit Fortsetzung in alle Finger links und dadurch beeinträchtigtem Schlaf (IV-act. 53-3). Er teilte bei der (psychiatrischen) Begutachtung mit, dass er seit zwei bis drei Jahren wegen der Schulterbeschwerden links keine Arbeit mehr habe verrichten können (IV-act. 53-60). Bei der orthopädischen Anamneseerhebung erklärte er, er glaube, künftig leichte Arbeiten in Teilzeit verrichten zu können. Mittlerweile könne er aber auch am PC nicht mehr arbeiten, weil er den linken Arm nicht heben könne (IV-act. 53-4).

**4.2.** Zur orthopädischen Krankheitsentwicklung wurde im Gutachten festgehalten, es manifestierten sich beim Beschwerdeführer seit drei Jahren zunehmende Schmerzen in der linken Schulter, die in sämtliche Finger links ausstrahlten und den Schlaf beeinträchtigten. Physiotherapie lindere die Beschwerden, während die Spritzenbehandlung nutzlos gewesen sei. Es würden konsequent Schmerzmittel verwendet (IV-act. 53-3).

**4.2.1.** Von den Vorakten wurde gemäss dem Gutachten (IV-act. 53-3) orthopädisch gesehen einzig der Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 24. März 2016 (IV-act. 36) ausdrücklich erwähnt. - In der Folge war gemäss Bericht vom 8. April 2016 (IV-act. 38) jedoch noch eine Bursitis subacromialis links dazugesprochen. Es bestanden eine starke Druckdolenz subacromial und eine starke Bewegungseinschränkung. Am 31. März 2016 (IV-act. 40) hatte die daraufhin vorgesehene kombinierte AC-Gelenks- und subacromiale Infiltration stattgefunden. Auf den 21. Juli 2016 war gemäss dem Austrittsbericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2016 eine Vorstellung in der orthopädischen Sprechstunde vorgesehen (vgl. IV-act. 42-2). Ein entsprechender Bericht wurde soweit ersichtlich nicht eingeholt, was erforderlich gewesen wäre (weil auch die Retrospektive von Bedeutung ist).

**4.2.2.** Bei der orthopädischen Begutachtung im Januar 2017 war allerdings keine Bursitis mehr festgestellt worden. Es ergab sich bei der Befunderhebung, dass die linke Schulter bis 90° hatte eleviert werden können (rechts bis 180°) und dort weitere Einschränkungen und Dolenzen festzustellen waren. Die rohe Kraft der Oberarm-Beuger und -Strecker war links um ein Drittel vermindert (IV-act. 53-5 f.).

**4.2.3.** Beurteilend hielt der Gutachter der Orthopädie fest, körperlich schwere Tätigkeiten in kalter und feuchter Umgebung mit häufigen Arbeiten über der Horizontalen könnten dem Beschwerdeführer wegen der Ausdünnung der langen



Bicepssehne und der leichten Acromioclaviculargelenkarthrose links nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden, andere Arbeiten dagegen vollumfänglich (IV-act. 53-7 f.).

**4.2.4.** Er begründete, das Ausmass der Schmerzen in der linken Schulter und das Ausmass der subjektiven Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit und der präsentierten pathologischen objektiven Befunde der Schulter hätten mit dem relativ unauffälligen Befund im MRI kontrastiert, wo lediglich eine Ausdünnung der langen Bicepssehne und eine leichte Acromioclaviculargelenkarthrose sichtbar seien. Die von der orthopädischen Abteilung des Spitals D.\_\_\_\_ 2016 erwähnte Tendinitis calcarea und die Partialruptur der Infraspinatussehne mit leichtem Impingement könnten im aktuellen MRI (sc. wohl vom 17. Januar 2017) nicht bestätigt werden (IV-act. 53-7). - Die gutachterliche Feststellung, dass die Bilder der Schulter (MRI) zu jenen von 2016 differierten (IV-act. 53-8), lässt sich bei der gegebenen Aktenlage nicht ohne Weiteres erklären, weil eine (erforderliche) Begründung dafür (etwa Verheilung der Partialruptur oder ursprünglich zu weitreichende Diagnose oder anderes) bis anhin nicht abgegeben wurde und der Befundbericht über das Arthro-MRI der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom 17. Januar 2017 selbst nicht bei den Akten liegt. Die Differenz wurde als Grund dafür genannt, dass sich der zurückliegende orthopädische Sachverhalt (vor Januar 2017) nicht beurteilen lasse. Auf eine ergänzende Abklärung der Frage kann unter diesen Umständen nicht verzichtet werden, zumal für die Zeit ab 2005 nach der Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ (vom 3. Januar 2016) bei Berücksichtigung aller gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und mehr besteht.

**4.2.5.** Der Gutachter der Orthopädie untersuchte klinisch auch die HWS des Beschwerdeführers, doch Aufnahmen davon standen ihm gemäss dem Gutachten nicht zur Verfügung. Der Beschwerdeführer hat wie erwähnt von sich in die Finger fortsetzenden Schmerzen der linken Schulter berichtet. Gefühlsstörungen oder Lähmungen hat er verneint. - Dr. B.\_\_\_\_ seinerseits hat von vorliegenden fortgeschrittenen degenerativen HWS-Veränderungen mit Facettengelenkarthrose C4-C6 berichtet. Dieser Bericht erging zwar erst nachträglich (selbst nach Erlass der Verfügung, nämlich am 14. August 2017), doch dürften die allfälligen - degenerativen - Schädigungen nicht erst zwischenzeitlich eingetreten sein. Es ist auch diesbezüglich ein ergänzender Abklärungsbedarf anzunehmen.

**4.3.** Die internistische Begutachtung ist gemäss dem Gutachten äusserst kurz ausgefallen. - Bezüglich des Zustands der Lunge wurde im internistischen Gutachten festgehalten, der Beschwerdeführer habe keinen chronischen Husten und keine



Atemnot angegeben (IV-act. 53-48). Der Gutachter erhob den Lungenauskultationsbefund; dieser sei normal gewesen. Weitere Abklärungen wurden diesbezüglich nicht getroffen. Es habe keine Hinweise auf eine COPD oder eine PAVK (peripher arterielle Verschlusskrankheit) gegeben. Der Beschwerdeführer habe keine kreislaufrelevanten oder respiratorischen Beschwerden angegeben (IV-act. 53-48). Dr. B.\_\_\_\_ seinerseits hatte allerdings eine beginnende Lungenfibrose diagnostiziert. Auf welche Grundlagen sich Dr. B.\_\_\_\_ diesbezüglich stützte, ist (wie übrigens bei weiteren Leiden) nicht ersichtlich und nicht erhoben worden. Der Gutachter der Inneren Medizin äusserte sich zu dieser abweichenden ärztlichen Beurteilung nicht und traf keine weiteren (etwa röntgenologischen) Abklärungen. Der Beschwerdeführer hat ihm allerdings auch angegeben, er fühle sich - aus internistischer Sicht - gesund und voll leistungsfähig (IV-act. 53-48). Der Gutachter hielt fest, das entspreche seiner internistischen gutachterlichen Einschätzung. - Bei der Anamnese wurde im internistischen Gutachten aus jüngerer Zeit die siebentägige Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 13. bis 19. Juli 2016 wegen einer akuten Gastroenteritis mit passagerer praerenaler Niereninsuffizienz namentlich erwähnt (IV-act. 53-46). Der Gutachter der Inneren Medizin stellte beim Befund fest, die Leber des Beschwerdeführers sei palpatorisch nicht vergrössert gewesen (IV-act. 53-35). Gemäss dem Ultraschallbericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2016 (IV-act. 42-5) war sie bei jener Untersuchung (am 15. Juli 2016) normal gross gewesen (IV-act. 42-5). Zur Anämie hielt der Gutachter fest, diese sei leicht; sie und die Thrombozytose (vgl. Laborergebnisse, IV-act. 53-47) seien Folge der aethylichen Hepatopathie und nicht behandlungsbedürftig (IV-act. 53-36). Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mass er diesem Leiden (der Hepatopathie und den Folgen) nicht bei. - Die im Spital D.\_\_\_\_ gemäss Bericht vom 19. Juli 2016 festgestellte (damals akute) Niereninsuffizienz bezeichnete der Gutachter der Inneren Medizin wie erwähnt als passager (sie war denn auch dort als konsolidiert bezeichnet worden, IV-act. 42-2). Mit der gemäss Bericht vom 19. Juli 2016 im Spital D.\_\_\_\_ erhobenen Diagnose einer rezidivierenden mittelschweren Hyponatriämie unklarer Genese setzte sich der Gutachter nicht ausdrücklich auseinander. Nach Angaben von Dr. B.\_\_\_\_ vom August 2017 bestanden beim Beschwerdeführer jedoch eine Niereninsuffizienz Grad II, chronische Oberbauchbeschwerden, eine Refluxoesophagitis Grad I sowie eine chronische Magenschleimhaut- und Dünndarmentzündung. Die Refluxoesophagitis und die Oberbauchbeschwerden fanden im internistischen Gutachten soweit ersichtlich keine Erwähnung. Der Beschwerdeführer erwähnte jedoch - bei der psychiatrischen Begutachtung - seine seit etwa fünfzehn Jahren bestehenden rezidivierenden Magen-/Darm-Beschwerden (IV-act. 53-17). Das Spital D.\_\_\_\_ äusserte am 2. Februar 2016 (IV-act. 23) den hochgradigen Verdacht auf eine medikamentös getriggerte Gastritis und



Duodenitis. Der von Dr. B.\_\_\_\_ angegebene Leberzellschaden, die Refluxoesophagitis und die chronische Gastroduodenitis hatten nach (nur, aber immerhin) anhand der Akten gebildeter Auffassung des RAD (vor der Begutachtung) darauf schliessen lassen, dass beim Beschwerdeführer bereits somatische Folgeschäden der Alkoholabhängigkeit eingetreten seien (vgl. IV-act. 10). Unter diesen Umständen wäre bei der Begutachtung insgesamt eine eingehendere Auseinandersetzung mit diesen gastroenterologischen Gegebenheiten vonnöten gewesen.

**4.4.** Auch unter dem Aspekt der neurologischen Diagnosen der Polyneuropathie (IV-act. 42-2), der fortschreitenden Arteriosklerose (vgl. IV-act. 2) und der Cephalgien (IV-act. 33) fand bei der Begutachtung soweit ersichtlich keine ausdrückliche Auseinandersetzung mit den Vorberichten statt. Die von ihm festgestellten chronischen Cephalgien brachte Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 14. August 2017 in Verbindung mit den HWS-Degenerationen.

**4.5.** Zu berücksichtigen ist ausserdem (allenfalls im letztgenannten neurologischen Zusammenhang) der aktenkundige Medikamenteneinsatz des Beschwerdeführers.

**4.5.1.** Nach Auffassung von Dr. B.\_\_\_\_ liegt bei diesem (im Ergebnis) seit vielen Jahren eine Polytoxikomanie vor (Bericht vom 28. März 2016, IV-act. 24). Der Beschwerdeführer gab bei der Begutachtung an, ein Medikamentenmissbrauch sei bisher nicht vorgekommen; er habe nur die ärztlich verordneten Medikamente eingenommen (IV-act. 53-19). Im Bericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2016 war bei der Anamnese - für das Jahr 2014 - zwar ein Zolpidemabusus erwähnt worden (IV-act. 23-5; diagnostiziert war im Übrigen unter anderem ein hochgradiger Verdacht auf eine medikamentös getriggerte Gastritis und Duodenitis; auch Dr. B.\_\_\_\_ erwähnte einen Medikamentenmissbrauch). Beim Austritt hat das Spital das betreffende Medikament (Zolpidem) aber weiterhin verschrieben, daneben auch weitere Arzneimittel wie Quetiapin und Remeron (IV-act. 23-4). - Zolpidem war für den Beschwerdeführer zudem schon vor vielen Jahren, im November 2005, in Reserve verschrieben gewesen (vgl. Bericht vom 18. November 2005, IV-act. 19). In den Berichten von 2006 wurde es nicht mehr erwähnt, indessen war damals als Schlafmittel schon Dipiperon in Reserve abgegeben worden. Die bei der Begutachtung erhobene Medikamentenliste (IV-act. 53-63) ist zudem immer noch umfangreich. Der Gutachter der Psychiatrie empfahl wegen des Suchtpotenzials von Zolpidem eine Reduktion dieses Mittels, eventuell mit Erhöhung von Seroquel (IV-act. 53-32).

**4.5.2.** Bei der Begutachtung waren auch die Spiegel für die Wirkstoffe Mirtazapin (Remeron), Quetiapin und Zolpidem geprüft worden (IV-act. 53-23 und 53-79). Das



tetrazyklische Antidepressivum hatte dabei im therapeutischen Bereich gelegen, das atypische Neuroleptikum etwas darunter und das Hypnotikum erheblich darunter (vgl. IV-act. 53-23 und 53-79). Der Spiegel für das Opioid-Analgetikum war nicht gemessen worden. - Zur sich aufdrängenden Frage, ob sich ein jahrelanger und auch aktuell noch bestehender Medikamenteneinsatz als solcher allenfalls auf die Leistungsfähigkeit einer Person auswirken könnte, findet sich soweit ersichtlich keine gutachterliche Beurteilung. Dies wird nachzuholen sein.

**4.6.** Für ein aussagekräftiges gutachterliches Ergebnis fehlt demnach (abgesehen vom orthopädischen Abklärungsbedarf auch) eine genügende Auseinandersetzung mit den in den Vorberichten gestellten diversen gastroenterologischen (bzw. internistischen) und neurologischen Diagnosen. - Angemerkt werden kann, dass - bei der psychiatrischen Begutachtung - davon ausgegangen wurde, dass die körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers zumindest teilweise organisch erklärbar sein dürften (eine somatoforme Schmerzstörung bestehe nicht; IV-act. 53-26).

## 5.

**5.1.** Bei der psychiatrischen Begutachtung wurden zunächst diverse Vorakten erfasst und es wurde die Anamnese unter verschiedenen Gesichtspunkten erhoben. - Der Beschwerdeführer berichtete unter anderem, er sei erstmals mit sechzehn Jahren in Kontakt mit Alkohol gekommen und habe gelegentlich an Wochenenden Bier getrunken, seit der Scheidung über Jahre hinweg vermehrt und regelmässig, seit etwa 2006 bis etwa Mai 2014 statt wie bis dahin Bier dann Rotwein. Nach dem Verlust der Arbeitsstelle 2001 habe er sich Sorgen gemacht und es sei zu Stimmungsschwankungen gekommen. Er habe versucht, die Probleme mit Alkohol zu lösen. Inzwischen habe er sich mit der Situation abgefunden. Seit etwa zwei Jahren sei er in stabiler psychischer Verfassung. Seit etwa 20 Jahren leide er an Ein- und Durchschlafstörungen. Diese hätten sich unter Einnahme von Remeron, Seroquel und Zolpidem seit eineinhalb Jahren gebessert. Seit etwa drei Jahren habe er zunehmende Schulterbeschwerden (Schmerzen und Bewegungseinschränkung), seit etwa fünfzehn Jahren rezidivierende Magen-/Darm-Beschwerden (IV-act. 53-16 f.). Nach dem Verlust der letzten Stelle als Sachbearbeiter im Jahr 2001 habe er keine Stelle mehr gefunden. Er habe nur im Rahmen von "beruflichen Massnahmen" 2002 und 2005 bis 2006 in einer Institution gearbeitet (IV-act. 53-17 f.). Bis vor zwei bis drei Jahren hätte er arbeiten können, seither sei das wegen der Schulterbeschwerden nicht mehr möglich (IV-act. 53-18). - Der Beschwerdeführer gab weiter an, er befinde sich zurzeit (bei der Begutachtung) in relativ guter psychischer Verfassung. Er habe Freude und Unternehmungslust, sei recht ausgeglichen und habe ausreichend Motivation und



Interessen. Es bestünden keine Antriebs-, Konzentrations- oder Auffassungsstörungen, keine Zukunfts- oder Existenzängste und unter Medikamenten keine Schlafstörungen (IV-act. 53-16).

**5.2.** Beurteilend hielt der Gutachter fest, es habe beim Beschwerdeführer eine unauffällige Kindheits- und Persönlichkeitsentwicklung stattgefunden; es fänden sich demnach keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung (IV-act. 53-24 f.). Diese Feststellung ist namentlich angesichts der langjährigen beruflichen Tätigkeit plausibel. - Bei der Begutachtung wurde für die Zeit etwa seit Mai 2014 Alkoholabstinenz angenommen (IV-act. 53-42 f.). Auf einen weiterhin bestehenden Konsum hätten sich keine eindeutigen Hinweise gefunden (vgl. IV-act. 53-43). Der CDT-Wert habe im Normbereich gelegen. Der GGT-Wert weise auf eine Hepatopathie hin (IV-act. 53-42; vgl. auch IV-act. 53-23 und 53-79). Diesbezüglich war demnach eine gewisse Objektivierung möglich gewesen.

**5.3.** Der Gutachter der Psychiatrie erhob im Weiteren den psychischen Status des Beschwerdeführers und hielt dazu unter anderem - auch den Angaben des Beschwerdeführers entsprechend - fest, dieser habe in der Stimmung ausgeglichen, gut gelaunt, affektiv gut mitschwingend und psychomotorisch sowie im Antrieb unauffällig gewirkt. Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit seien intakt erschienen und Hinweise für Gedächtnisstörungen habe es nicht gegeben (IV-act. 53-22).

**5.4.** Als von einem fachärztlichen Experten aufgenommener Feststellung zum klinischen psychiatrischen Zustand kommt diesem Befund bei der Beweiswürdigung erhebliches Gewicht zu. Zu bedenken ist allerdings Folgendes.

**5.5.** Was die zurückliegende Zeit betrifft, schloss der Gutachter, der Beschwerdeführer habe von etwa 2001 bis Ende 2014 depressive Stimmungsschwankungen entwickelt, die einer Dysthymie entsprochen hätten. Es habe sich um leichte depressive Verstimmungen gehandelt, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfüllt hätten. In Abhängigkeit von psychosozialen Problemen sei es zu leichten depressiven Verstimmungen gekommen, die meist nur etwa einen Tag gedauert und mit kurzen, etwa einen Tag dauernden Stimmungsaufhellungen gewechselt hätten, wobei die depressiven Verstimmungen durch einen chronischen Alkoholkonsum überlagert worden seien (IV-act. 53-24). Diese Schlüsse zog der Gutachter der Psychiatrie anhand der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers. Dieser hatte ihm erklärt, er habe über Jahre an Stimmungsschwankungen gelitten, indem er sich



einen Tag psychisch besser und einen Tag psychisch schlechter gefühlt habe (dann mit Bedrücktheit, Antriebslosigkeit sowie verminderter Lust, Freude, Motivation und vermindertem Interesse). Ab und zu sei er unruhig gewesen und habe sich Sorgen über seine Situation gemacht. Suizidgedanken seien bisher keine aufgetreten (IV-act. 53-16 f.). - In der Aktenlage waren jedoch Hinweise auf eine schwerwiegendere psychiatrische Problematik zu finden. So war der Beschwerdeführer im Juni 2004 wegen der Alkoholproblematik mit Verwahrlosung und Suizidankündigungen durch FFE in die psychiatrische Klinik eingewiesen worden und es hatten danach noch weitere psychiatrische Hospitalisationen - im November 2005 erneut wegen latenter Suizidalität - erfolgen müssen. Eine depressive Symptomatik war schon im November 2005 als Behandlungsgrund genannt worden (IV-act. 19-2). Es handelte sich somit um eine insgesamt langwierige depressive Entwicklung. Im Bericht des Spitals D. \_\_\_ vom 2. Februar 2016 war dann zwar lediglich für die Vergangenheit (Juni 2015; St. n.) eine leichte depressive Symptomatik im Sinn einer Dysthymia beschrieben worden. In jüngerer Zeit (am 28. März 2016) gab jedoch Dr. B. \_\_\_ an, die depressiven Episoden hätten beim Beschwerdeführer (im Verlauf seit 2006) zugenommen (IV-act. 24).

**5.6.** Gemäss den früheren, echtzeitlichen Berichten war auch das Alkoholproblem ehemals gravierender gewesen als vom Beschwerdeführer Jahre später bei der psychiatrischen Begutachtung geschildert (vgl. IV-act. 53-19, IV-act. 21-2, 19-2, 17-2, IV-act. 15-1).

**5.7.** In diesem Zusammenhang fällt auf, dass schon bzw. noch in einem Bericht vom 18. September 2006 von ärztlicher Seite festzustellen gewesen war, dass es dem Beschwerdeführer deutlich an Krankheitsgefühl und an Krankheitseinsicht fehle und er die Abhängigkeitsproblematik bagatellisiere.

**5.8.** Nach dem Dargelegten wäre vorliegend (nebst einer gutachterlichen Auseinandersetzung mit der aktenkundig langen und schwierigen Vorgeschichte) eine Befassung mit dieser Thematik (von Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht des Beschwerdeführers) erforderlich gewesen.

**5.9.** Des Weiteren waren nach Angaben des Beschwerdeführers weitere frühere Beschwerden bei der Begutachtung überwunden. So verneinte er anlässlich der psychiatrischen Begutachtung - unter Medikation - Schlafstörungen (IV-act. 53-22). Das Spital D. \_\_\_ hatte indessen im Bericht vom 19. Juli 2016 (IV-act. 43-2) noch Ein- und Durchschlafstörungen erwähnt und Dr. B. \_\_\_ bescheinigte noch am 14. August 2017, dass chronisch solche Störungen bestünden. Auch bezüglich der Allergien fallen die Angaben der behandelnden Ärzte und jene des Beschwerdeführers bei der



Begutachtung im Übrigen auseinander; Letzterer verneinte auch solche Beeinträchtigungen.

**5.10.** Ferner hat der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen Begutachtung einen üblichen Tagesablauf beschrieben (vgl. IV-act. 53-19). Der Gutachter der Psychiatrie schloss entsprechend, es bestünden keine zirkadianen Störungen (IV-act. 53-22). Dr. B.\_\_\_\_ hatte jedoch am 3. Januar 2016 und auch noch am 14. August 2017 von einem (sehr) gestörten Tag-/Nacht-Rhythmus des Beschwerdeführers berichtet.

**5.11.** Der Gutachter der Psychiatrie hat ausserdem beurteilend festgehalten, es hätten sich beim Beschwerdeführer keine Hinweise für irreversible psychische Folgeschäden durch den Alkoholkonsum gezeigt, insbesondere keine fassbaren kognitiven Störungen (IV-act. 53-24). - Nach der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ dagegen sind der Umstand des gestörten Tag-/Nacht-Rhythmus und die Einnahme der Psychopharmaka Ursache einer erheblich gestörten Konzentrations- und Merkfähigkeit des Beschwerdeführers.

**5.12.** Auch wenn mit dem erhobenen klinischen Befund erklärbar sein mag, dass die neuropsychologischen Fähigkeiten des Beschwerdeführers bei der Begutachtung nicht weiter abgeklärt wurden, wären von einer entsprechenden Untersuchung bei den vorliegend zu berücksichtigenden Gegebenheiten, namentlich den Vorakten und den abweichenden ärztlichen Beurteilungen von Dr. B.\_\_\_\_, doch wahrscheinlich zusätzliche Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Immerhin sind die Befunde nach der Beschreibung des behandelnden Arztes so schwer (er hielt gar eine gewisse Hirnatrophie bzw. Encephalopathie für klinisch sehr wahrscheinlich, vgl. IV-act. 24), dass der RAD Dr. B.\_\_\_\_ bezüglich einer allfälligen hirnorganischen Ursache nach dem Vorliegen eines MRI anfragen liess. Dass die Einnahme der verschiedenen Suchtmittel (namentlich auch der Medikamente) über einen langen Zeitraum hinweg stattfand, lässt Schädigungen ausserdem als nicht ganz unwahrscheinlich erscheinen. Bei der dargelegten konkreten Sachlage hätte des Weiteren allenfalls ein Einbezug fremdanamnestischer Angaben dienlich sein können. Allenfalls lässt sich zudem auch noch Ergänzendes zu der psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers in E.\_\_\_\_ (IV-act. 53-63) in Erfahrung bringen. Im Gutachten wurde im Übrigen darauf hingewiesen, dass bei einer Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen sei (vgl. IV-act. 53-32).

**5.13.** Nach der vorhandenen Aktenlage erscheint zusammenfassend möglich, dass Alkoholabstinenz und die ärztlicherseits gefundene geeignete Medikation (gegen die Schlafstörungen) die psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des



Beschwerdeführers so weit zu beseitigen vermochten, dass der Beschwerdeführer für eine angepasste Arbeit diesbezüglich zum Begutachtungszeitpunkt (und schon seit 2015) voll arbeitsfähig war, wie im Gutachten festgestellt wurde, aber auch möglich, dass die Schädigungen - über eine Momentaufnahme wie diejenige anlässlich der Begutachtung hinaus - schwerer sind. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit lässt sich bei gegebener Aktenlage nicht erreichen. Es ist daher eine ergänzende medizinische Abklärung erforderlich.

### 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Ergänzungen der Sachverhaltsabklärung in bisher nicht berücksichtigter Hinsicht erforderlich sind. Namentlich hat ein Einbezug entweder eines MRI (Kopf) oder einer neuropsychologischen Untersuchung des Beschwerdeführers oder beides zu erfolgen, je nach ärztlicher Einschätzung. Ausserdem scheinen gastroenterologische (bzw. ergänzende internistische) und neurologische Abklärungen erforderlich. In psychiatrischer Hinsicht sind allenfalls fremdanamnestic Angaben beizuziehen und es ist jedenfalls auf eine ausreichende Objektivierung zu achten. Unter orthopädischem Aspekt ist bei dieser Gelegenheit zu klären, inwiefern und aus welchen medizinischen Gründen die Bilder der Schulter (MRI) zu jenen von 2016 differierten. Ausserdem kann zur nachträglich detaillierter beschriebenen HWS-Problematik Stellung genommen werden. Die medizinischen Ergebnisse werden für eine gesamthafte Arbeitsfähigkeitsschätzung wiederum in eine Synthese gebracht werden müssen. Allenfalls lassen sich bei einer Ergänzung der Abklärung und der Aktenlage ausserdem doch auch noch Erkenntnisse für die ebenfalls relevante zurückliegende Zeit (vgl. bisher IV-act. 53-41, 53-43) erheben. Da somit verschiedene Aspekte bis anhin unbeachtet (Neurologie, MRI bzw. Neuropsychologie) bzw. ungenügend geklärt geblieben sind, rechtfertigt es sich vorliegend gemäss der Rechtsprechung (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 9. Februar 2018, 8C\_580/2017 E. 3.1; BGE 139 V 99 E. 1.1; BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), die Sache zur Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### 7.

**7.1.** Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2017 teilweise gutzuheissen und die Sache ist zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



**7.2.** Eine solche Rückweisung stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht ein vollständiges Obsiegen (des Beschwerdeführers) dar (vgl. BGE 137 V 57). Es rechtfertigt sich daher, der Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidungsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2017 teilweise gutgeheissen und die Sache wird zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

**2.**

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

**3.**

Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm zurückerstattet.