

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/323 vom 17. März 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_323

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/323 du 17 mars 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/323 del 17 marzo 2020

Regeste

Art. 28, Art. 29 IVG. Neuanmeldung. Würdigung des polydisziplinären Gutachtens. Einkommen aus einer Nebenerwerbstätigkeit sind bei der Berechnung des Valideneinkommens nicht zu berücksichtigen, wenn die versicherte Person in der Haupttätigkeit ein 100-% Pensum ausgeübt hat. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. März 2020, IV 2017/323).

Volltext

Entscheid vom 17. März 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger Geschäftsnr. IV 2017/323 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich erstmals im März 2010 wegen "Asthma, Ellbogen li + re, Wirbelsäule etc." zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Der Versicherte hatte nach eigenen Angaben in B.____ eine einjährige Maurerlehre absolviert. Von 1993 bis zur Kündigung durch den Arbeitgeber per Ende August 2009 hatte er zu 100 % bei der C.____ AG gearbeitet (IV-act. 8). Zunächst war er in der Pulverbeschichtung und Schäumerei tätig gewesen. Nachdem beim Versicherten ein Isocyanatasthma diagnostiziert worden war, war ein Wechsel in die Stuhlmontage erfolgt (Nichteignungsverfügung der Suva vom Juni 1995, IV-act. 173-36). Nebenbei war er als Hausabwart tätig gewesen. Am 24. Mai 2011 erstattete die Medas Ostschweiz der IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 37). Die Gutachter gaben als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte Epicondylopathia humeri radialis linksbetont, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung an. Die Gutachter kamen interdisziplinär zum Schluss, dass in der früher ausgeführten Tätigkeit in der Schäumerei und der Pulverbeschichtung aufgrund der Isocyanat-Allergie eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bestehe. Auch die zuletzt ausgeführte Tätigkeit in der Stuhlmontage, eine zeitweise mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeit, sei ab dem Unfallereignis (Sturz auf den linken Ellbogen am 9. Juni 2008) nicht mehr sinnvoll. Aufgrund der wiederholten operativen Eingriffe an den Ellbogen beidseits dürfte von Juli 2008 bis spätestens April 2010 für jegliche Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden haben. Von April 2010 bis spätestens Oktober 2010 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auch für adaptierte Tätigkeiten auszugehen. Seit November 2010 lasse sich aus somatischer Sicht für eine den Adaptionskriterien entsprechende körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit um

20 % eingeschränkt. Gestützt auf dieses Gutachten der Medas Ostschweiz sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 19. Dezember 2012 eine befristete Rente zu (Viertelsrente vom 1. August 2011 bis 31. Oktober 2011, ganze Rente vom 1. November 2011 bis 30. Mai 2012; IV-act. 95, 98). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Gericht am 22. Juni 2015 im Ergebnis ab; insbesondere verneinte es bei einem IV-Grad von 32 % einen (unbefristeten) Rentenanspruch über den 30. Mai 2012 hinaus (IV 2013/46, IV-act. 128). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Bereits am 3. September 2014 hatte Dr. med. D.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der IV-Stelle berichtet, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten über die letzten zwei Jahre verschlechtert habe (IV-act. 118). Am 9. Oktober 2014 forderte die IV-Stelle den Versicherten auf, das Schreiben vom 3. September 2014 zu unterzeichnen und zu retournieren (IV-act. 120). Das vom Versicherten unterzeichnete Schreiben ging am 29. Oktober 2014 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 121). Dr. D.____ berichtete der IV-Stelle am 5. November 2015 (IV-act. 133), dass es zu einer Exazerbation der Rückenbeschwerden und der Kniebeschwerden rechts gekommen sei. Neu bestünden ein Zustand nach einer Infiltration am Ellbogen links bei beginnender Radiohumeralarthrose und ein mittels MRI dokumentierter breiter Partialriss des Caput commune der Extensoren bis an den tendoosären Übergang reichend (MRT-Untersuchung vom 9. Januar 2015). Die übrigen Diagnosen seien unverändert geblieben. RAD-Arzt Dr. med. E.____ notierte am 12. November 2015, dass eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes gegenüber der RAD-Stellungnahme vom 9. August 2012 und dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 22. Juni 2015 nicht hinreichend plausibel nachvollziehbar sei (IV-act. 134-3). Am 14. Januar 2016 trat die IV-Stelle auf das neue Rentengesuch nicht ein (IV-act. 137). Dagegen liess der Versicherte am 16. Februar 2016 Beschwerde erheben (IV-act. 140). Mit der Beschwerde reichte sein Rechtsvertreter diverse medizinische Berichte ein (IV-act. 143). Am 15. Dezember 2014 hatte Dr. D.____ eine Kniearthroskopie rechts mit medialer und lateraler Meniskusteilresektion sowie Knorpelabrasio durchgeführt (IV-act. 143-6 ff.). Dr. med. F.____, Neurochirurgie, hatte Dr. D.____ am 10. Dezember 2015 berichtet (IV-act. 143-48 f.), dass in der aktuellen Situation einer seit acht Jahren bestehenden lumbosakralen Schmerzsymptomatik mit Progredienz und einer hochdosierten NSAR-Medikation ohne Unterbruch bei Therapieresistenz gegen chiropraktische und physiotherapeutische Massnahmen ohne Möglichkeit einer Infiltration in das Bandscheibenfach nur die operative Intervention mit Diskektomie und einer Spondylodese des instabilen Segmentes L5/S1 bleibe. Dr. med. G.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, hatte dem Rechtsvertreter am 6. Februar 2016 berichtet, dass sich der Versicherte seit dem 31. August 2015 in ihrer Behandlung befinde (IV-act. 143-23). Der Versicherte leide an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1; Tod des Bruders durch Stromschlag und reaktivierte schwere Depressivität im Rahmen der Anpassungsstörung nach Todesfällen unmittelbar nach der Kündigung) und an einer posttraumatischen Verbitterungsstörung (F43.8; aufgrund des Arbeitsunfalls und darauffolgender Kündigung). Zudem bestehe der Verdacht auf eine sonstige bipolare affektive Störung (F31.8). Dr. med. H.____, Spezialarzt für Innere Medizin, hatte in seinem Bericht vom 14. Februar 2016 erklärt (IV-act. 143-25 f.), dass der Versicherte wegen seiner Polymorbidität zweifellos mindestens teilweise invalid sei. Dr. D.____ hatte dem Rechtsvertreter am 17. Februar 2016 berichtet (IV-act. 143-28 f.), dass der Versicherte neben seinen pulmonalen Einschränkungen weiterhin zunehmend an Polyarthralgien und Degenerationen an Hals, Schulter, Hüfte, der unteren LWS und den Knien bds. leide. Sein

Alltag sei deutlich schmerzhaft eingeschränkt. Wegen der Polyarthralgien und den pulmonalen Einschränkungen sei auch die Ausübung von körperlich leichten Verweistätigkeiten mit vermehrten Pausen nicht möglich. RAD-Arzt Dr. E.____ notierte am 4. April 2016 (IV-act. 165), dass sich der Gesundheitszustand mit den neu eingegangenen Berichten, unter anderem auch einem der Psychiaterin Dr. G.____, nicht konklusiv beurteilen lasse. Deshalb sei eine polydisziplinäre Begutachtung (allgemein-internistisch, pneumologisch, orthopädisch, neurologisch, ophthalmologisch und psychiatrisch) zu veranlassen. Am 6. April 2016 widerrief die IV-Stelle die Nichteintretensverfügung vom 14. Januar 2016 (IV-act. 153). Das Beschwerdeverfahren wurde in der Folge abgeschrieben (IV 2016/58; IV-act. 159). Dr. G.____ gab in dem für die IV-Stelle verfassten Bericht vom 30. Mai 2016 als neue Diagnose eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte bzw. mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F31.31), an (IV-act. 162). Sie hielt fest, dass dem Versicherten weder die bisherige noch eine andere Tätigkeit zumutbar sei. Denkbar wäre lediglich ein zweistündiger Arbeitseinsatz in einer leichten Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne viele soziale Kontakte oder viel Kundschaft. Zusätzlich bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 60 bis 70 %. Am 24. und 25. Oktober 2016 wurde der Versicherte durch die ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH polydisziplinär in den vom RAD vorgeschlagenen Disziplinen abgeklärt (Gutachten vom 23. November 2016, IV-act. 173). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten (vollständige Diagnoseliste: IV-act. 173-37): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0) anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom chronische Kniebeschwerden rechts und links chronische Ellbogenbeschwerden beidseits chronisches Asthma bronchiale Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter unter anderem die folgenden an (vollständige Diagnoseliste: IV-act. 173-38): Zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne Anhalt für neurale Beteiligung anamnestisch fraglich diskrete Ulnarisneuropathie leichtes obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (Dg. 1/2004), CPAP-Therapie sistiert wegen Maskenintoleranz Medikamenten-Malcompliance. Der allgemein-internistische Gutachter Dr. med. I.____ hielt fest, dass er ausser einer Adipositas keine Diagnose habe stellen können; aus allgemein-internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. J.____ erklärte, dass beim Versicherten diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation, bestünden. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat gekennzeichnet, deren Ausmass mit den somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden könne und die auch nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückgeführt werden könnten. Die rezidivierende depressive Störung verlaufe chronisch. Allerdings liege auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung vor. Die Prognose sei deshalb ungünstig. Der Versicherte sei in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig, realisierbar auch ganztags mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Die von Dr. G.____ angegebene Diagnose einer PTBS könne nicht bestätigt werden. Diese Diagnose erfordere gemäss ICD-10 das wiederholte Auftreten traumatischer Erinnerungen in sich aufdrängenden Träumen und Gedanken, und zwar so, als ob das traumatische Ereignis unmittelbar stattdfinde. Zudem müssten eine emotionale

Abstumpfung der Umgebung gegenüber oder Phasen von deutlicher Erregtheit bestehen. Weiter fordere die Diagnose ein deutlich schweres traumatisches Ereignis wie z.B. das Erleben eines schweren Katastrophenereignisses oder eines schweren Verbrechens wie Folter, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Dies sei beim Versicherten nicht der Fall. Auch eine bipolare affektive Störung könne nicht bestätigt werden. Der Versicherte habe im Untersuchungsgespräch keine Phasen mit Angetriebenheit beklagt. Die Situation mit der Ehefrau sei zuweilen angespannt, Tötlichkeiten habe er aber verneint. Ausserdem wäre beim Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung eine entsprechende Medikation mit einem Stimmungsstabilisator zu erwarten. Der orthopädische Gutachter Dr. med. K.____ führte aus, dass sich die völlig diffusen, unter anderem sämtliche Abschnitte des Bewegungsapparates umfassenden Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und intraoperativen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen. Ein gewisser Leidensdruck an der thorakolumbalen Wirbelsäule, den Kniegelenken sowie auch im Sinne einer Restsymptomatik nach wiederholtem Eingriff an den Ellbogen sei zwar nachvollziehbar, nicht aber die lächelnd präsentierte, völlig ubiquitäre Symptomatik, sodass eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponekte angenommen werden müsse. Das laut dem Versicherten am Morgen des Untersuchungstages eingenommene Voltaren und Novalgin sei im Serum nicht nachweisbar gewesen. Dies lasse gewisse Zweifel an den Angaben des Versicherten aufkommen. Für die Tätigkeit in der Pulverbeschichtung und Schäumerei wie auch für andere überwiegend stehende und gehende sowie körperlich andauernd mittelschwere und schwere Verrichtungen bestehe eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Demgegenüber liege für körperlich leichte, wechselbelastende Verrichtungen aus rein orthopädischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das häufige Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, das wiederholte Überwinden von Treppen und unebenem Grund sowie die Einnahme kniender und kauender Positionen sollte vermieden werden. Der Einschätzung von Dr. D.____ könne nicht gefolgt werden. Aus seinen Berichten gingen keine klaren funktionellen Defizite hervor und es sei unklar, inwieweit die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten nicht auf überwiegend pulmonalen Faktoren beruhe. Der neurologische Gutachter Dr. med. L.____ gab an, dass er keine Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit stellen könne. Bezüglich des zerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms bestünden keine Anhaltspunkte für eine neurale Beteiligung. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die ophthalmologische Gutachterin Dr. med. M.____ hielt fest, dass an beiden Augen ein altersentsprechender Normalbefund mit beginnender Linsentrübung bestehe. Aus ophthalmologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Der pneumologische Gutachter Dr. med. N.____ führte aus, dass aufgrund der unter Inhalationstherapie normalen lungenfunktionellen Befunde ohne Allergenexposition für vorwiegend leichte körperliche Arbeiten keine Arbeitsunfähigkeit vorliege. In polydisziplinärer Hinsicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass für die angestammte Tätigkeit wie auch für andere körperlich mittelschwere und schwer belastende Tätigkeiten und für überwiegend stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten liege die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen bei 80 %. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit einem leicht erhöhten Pausenbedarf und einem leicht reduzierten Rendement. Die Arbeitsunfähigkeit von 20 % gelte über die Zeit gemittelt seit dem letzten Medas-Gutachten von 2011. Ausser während den postoperativen Rekonvaleszenzen nach teilweise fragwürdigen Operationen habe seither

keine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden. B.g. RAD-Arzt Dr. E. ___ notierte am 14. Dezember 2016, dass das ABI-Gutachten die versicherungsmedizinischen Anforderungen erfülle, weshalb auf es abgestellt werden könne (IV-act. 174). B.h. Mit Vorbescheid vom 16. Dezember 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 176). Zur Begründung hielt sie fest, dass für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe. Das Valideneinkommen entspreche dem auf das Jahr 2014 indexierten Einkommen vor dem Eintritt der Behinderung. Das Invalideneinkommen sei anhand von Tabellenlöhnen berechnet worden (Lohnstrukturhebung [LSE], Schweiz, privater Sektor, Niveau 4, Männer). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 65'380.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'218.-- resultiere ein IV-Grad von 19 %. Dagegen liess der Versicherten am 20. Dezember 2016/2. Februar 2017 einwenden (IV-act. 179, 181), dass ihm mindestens eine halbe Rente auszurichten sei. Die IV-Stelle habe weder den im Gerichtsurteil vom 22. Juni 2015 berücksichtigten Lohn noch den vom Gericht als angemessen betrachteten Tabellenlohnabzug einbezogen. Auf das ABI-Gutachten könne nicht abgestellt werden, weil es sich um eine Apologie zu Gunsten der IV handle. Die von Dr. G. ___ angegebene Diagnose einer bipolaren Störung sei in den Wind geschlagen worden, ohne widerlegt worden zu sein. Es sei eine Oberexpertise notwendig. Dr. G. ___ hatte in einer "Gegendarstellung zum polydisziplinären Gutachten ABI Basel" vom 1. Februar 2017 (IV-act. 181-4 ff.) festgehalten, dass der Eindruck bestehe, dass das psychiatrische Explorationsgespräch nicht fachgerecht durchgeführt worden sei. Die Dolmetscherfähigkeiten der Übersetzerin seien fraglich gewesen. Der Gutachter habe falsche Angaben zur Medikamenteneinnahme und -dosierung gemacht. Er habe weder den 19__ verstorbenen Bruder noch die verstorbenen Cousins erwähnt. Auch das Aktivitätsniveau im Berufsleben – der Versicherte habe in der letzten Tätigkeit 300 Überstunden angesammelt – sei in Bezug auf die diagnostizierte bipolare Störung nicht hinterfragt worden. Der psychiatrische Gutachter habe die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung "pauschal" vom Vorgutachter übernommen. Des Weiteren habe er sich nicht mit den Vorakten auseinandergesetzt und keine Stellung zu ihrem Bericht vom 30. Mai 2016 und den Diagnosen einer posttraumatischen Verbitterungsstörung und einer bipolaren Störung genommen. B.i. Die IV-Stelle bat die ABI Begutachtungsinstitut GmbH am 14. März 2017, zu den medizinischen Einwänden Stellung zu beziehen (IV-act. 185). Der psychiatrische Gutachter und der ärztliche Leiter der Gutachterstelle antworteten am 23. März 2017 (IV-act. 186), dass es sich nicht um eine neue Beurteilung von Dr. G. ___ handle. Dr. G. ___ habe die Diagnose einer bipolaren Störung nicht begründet. Zudem fehle es an einem deutlich schweren traumatischen Ereignis, um eine PTBS diagnostizieren zu können. Zu den eingenommenen Medikamenten lägen tatsächlich unterschiedliche Angaben des Versicherten vor. Allerdings sei auch zu beachten, dass keine Medikamentenspiegel nachweisbar gewesen seien oder dass diese nicht im therapeutischen Bereich gelegen hätten. Es bestehe also die Möglichkeit, dass nicht nur die Angaben bezüglich der Medikamenteneinnahme, sondern auch andere Angaben des Versicherten nicht der Wahrheit entsprochen hätten. Bei der anwesenden Dolmetscherin habe es sich um eine qualifizierte Dolmetscherin vom HEKS oder vom Dolmetscherdienst für Ausländer gehandelt. Dr. med. O. ___ vom RAD notierte am 27. April 2017, dass die Gutachter die Beurteilung von Dr. G. ___ ausführlich und nachvollziehbar widerlegt hätten (IV-act. 187). B.j. Die IV-Stelle räumte dem Versicherten am 28. April 2017 die Gelegenheit ein, zu den ergänzenden Abklärungen Stellung zu nehmen (IV-act. 188). Der Rechtsvertreter des

Versicherten antwortete am 29. Mai 2017 (IV-act. 191), dass die Kritik der behandelnden Psychiaterin zu beherzigen und die Begutachtung zu wiederholen sei. Dr. G. ___ hatte in einer "Gegendarstellung zur Gegendarstellung" vom 24. Mai 2017 (IV-act. 191-2 f.) ausgeführt, die Gutachter hätten bemerken müssen, dass die Angaben zu den Medikamentendosierungen unrichtig gewesen seien. Die Diagnose einer bipolaren Störung könne mit der Phasenhäufigkeit "depressiv-submanisch" über die Jahre begründet werden. Die Diagnose einer PTBS sei angesichts des Todes des Bruders durch einen Stromschlag, wobei sich der Versicherte in unmittelbarer Nähe beim Rettungsversuch befunden habe, gut nachvollziehbar. Es entstehe der Eindruck, dass der psychiatrische Gutachter die psychischen Beschwerden und das psychiatrische Krankheitsbild nicht gewürdigt habe. RAD-Arzt Dr. O. ___ notierte am 10. Juli 2017 (IV-act. 194), dass das Schreiben von Dr. G. ___ vom 24. Mai 2017 medizinisch nichts Neues enthalte. B.k. Mit Verfügung vom 11. Juli 2017 wies die IV-Stelle das Rentengesuch wie angekündigt ab (IV-act. 195). Zu den Einwänden erwiderte sie, dass es sich bei der Beurteilung von Dr. G. ___ um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts handle. Anders als in Aussicht gestellt sei jedoch auch beim Valideneinkommen auf den LSE-Tabellenlohn aus dem Jahr 2014 von Fr. 66'453.-- abzustellen. Ein Leidensabzug sei unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht angezeigt. Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 53'162.-- betrage der IV-Grad 20 %. C. C.a. Gegen diese Verfügung liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 8. September 2017 Beschwerde erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Gewährung einer mindestens halben Rente ab der Neuanmeldung resp. ab April 2015. Eventualiter sei eine polydisziplinäre Abklärung in Auftrag zu geben. Zur materiellen Begründung hielt er fest, es sei nicht nachvollziehbar, dass die ABI-Gutachter trotz der seit der letzten Begutachtung zahlreichen neuen Diagnosen (Rückenschmerzen mit Diskushernie HWK5/6, chronische Kniebeschwerden links und rechts, chronische Ellbogenbeschwerden beidseits sowie Asthma bronchiale) eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für leichte Arbeiten postuliert hätten. Des Weiteren sei für die Zeiten, in denen der Beschwerdeführer operiert worden sei, eine volle Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen. Es sei nicht die Aufgabe der behandelnden Ärztin, die Diagnose einer bipolaren Störung zu begründen. Vielmehr sei es die Aufgabe der Gutachter, alle Diagnosen, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, zu evaluieren und dazu Stellung zu nehmen. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe den vom Gericht im Entscheid vom 22. Juni 2015 angegebenen Tabellenlohnabzug von 15 % nicht übernommen. Ein Tabellenlohnabzug sei angesichts der psychischen und körperlichen Beschwerden angezeigt. Ausserdem sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer heute, wenn er gesund wäre, gegen Fr. 80'000.-- pro Jahr verdienen könnte. Dr. D. ___ hatte dem Rechtsvertreter am 4. September 2017 berichtet (act. G 1.4), dass aufgrund einer progredienten Degeneration zunehmende Rückenbeschwerden und Kniebeschwerden rechts bestünden. Anfang 2016 sei ein subscapuläres, taubeneigrosses, subcutanes, schmerzhaftes Lipom entdeckt worden, dessen Extension kurz bevorstehe. Des Weiteren bestünden zunehmende Hüftbeschwerden rechts. C.b. Am 12. September 2017 reichte der Rechtsvertreter einen Austrittsbericht der Chirurgie des Spitals P. ___ vom 7. September 2017 ein (act. G 2). Er merkte an, dass der Tumor im aktuellen Verfahren mitberücksichtigt werden müsse, weil er seit längerer Zeit bestehe. Am 7. September 2017 war die Exstirpation eines schmerzhaften Tumors im Bereich des Rückens links auf Höhe TH11 erfolgt (act. G 2.1). Der langsam wachsende Tumor hatte den Beschwerdeführer "zusehends" beim Schlafen gestört. C.c. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 6.

November 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung hielt sie fest, dass sich praxisgemäss in analoger Anwendung der für die Rentenrevision geltenden Regeln beurteile, ob aufgrund der Neuanmeldung ein Rentenanspruch bestehe. Es fehlten Anhaltspunkte dafür, dass die gutachterlichen Untersuchungen nicht lege artis erfolgt wären. Der ABI-Expertise komme daher voller Beweiswert zu. Aus den gutachterlichen Abklärungsergebnissen sei zu schliessen, dass sich der Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht seit Dezember 2012 nicht relevant verändert habe. Der psychiatrische Gutachter habe zu den von der psychiatrischen Behandlerin postulierten Diagnosen einer PTBS und einer bipolaren Störung Stellung genommen und mit einer überzeugenden Begründung aufgezeigt, dass beim Beschwerdeführer die Voraussetzungen für diese Diagnosen nicht erfüllt seien. Hinsichtlich der Diagnose einer bipolaren Störung sei darauf hinzuweisen, dass diese gemäss ICD-10 durch wiederholte Episoden charakterisiert sei, in denen die Stimmung und das Aktivitätsniveau des Betreffenden deutlich gestört seien: Einmal würden eine gehobene Stimmung, ein vermehrter Antrieb und eine vermehrte Aktivität auftreten, dann wieder eine Stimmungssenkung, ein verminderter Antrieb und eine verminderte Aktivität. Charakteristischerweise sei die Besserung zwischen den Episoden vollständig. Inwiefern beim Beschwerdeführer diese Merkmale vorliegen sollten, habe die Behandlerin in keinem ihrer Berichte darzulegen vermocht. Die Feststellung des psychiatrischen Gutachters, wonach Dr. G. ___ die Diagnose einer bipolaren Störung nicht begründet habe, sei somit zutreffend und nicht zu beanstanden. Demgegenüber habe der Gutachter die Diagnosen, insbesondere diejenige einer rezidivierende depressive Störung – welche laut ICD-10 eine Ausschlussdiagnose zur bipolaren Störung darstelle – lege artis gestellt und mit objektiven Befunden begründet. Damit erweise sich das ABI-Gutachten auch in psychiatrischer Hinsicht als schlüssig. Da es sich um eine Neuprüfung eines Rentenanspruchs nach einer rechtskräftigen Rentenablehnung handle und da sich im Rahmen der Abklärungen keine erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ergeben habe, bestehe kein Anlass zur Durchführung eines neuen Einkommensvergleichs. Es bleibe folglich bei einem IV-Grad von 32 % gemäss dem Gerichtsentscheid vom 22. Juni 2015. Im Ergebnis sei die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. C.d. In seiner Replik vom 8. Januar 2018 machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ergänzend geltend (act. G 9), dass die Begutachtung wiederholt werden müsse, weil kein definitiver Zustand im Hinblick auf die neuen medizinischen Diagnosen vorliege. Eine Oberexpertise sei aber auch deshalb nötig, weil sich die Beurteilungen der Fachpsychiater in wesentlichen Punkten unterschieden. C.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 11). Erwägungen Als Eintretensvoraussetzung zu prüfen ist, ob die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1) zur Anfechtung der Verfügung eingehalten worden ist. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat die Verfügung vom 11. Juli 2017 gemäss eigenen Angaben am 19. Juli 2017 erhalten. Die Verfügung ist also während den vom 15. Juli bis und mit dem 15. August laufenden Gerichtsferien zugestellt worden, weshalb die Frist erst am 16. August 2017 zu laufen begonnen hat (Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG). Der Rechtsvertreter hat am 8. September 2017 und damit vor Ablauf der Beschwerdefrist Beschwerde erhoben. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. Das erste Rentengesuch des Beschwerdeführers ist mit dem Gerichtsentscheid vom 22. Juni 2015 rechtskräftig abgewiesen worden. Bereits am 8. September 2014 (Posteingang) hat sich der Beschwerdeführer erneut zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Zwar ist die Neuanmeldung durch den behandelnden Orthopäden erfolgt und vom Beschwerdeführer

nicht unterzeichnet gewesen (IV-act. 118). Der Beschwerdeführer hat dies jedoch auf Aufforderung der Beschwerdegegnerin hin am 26. Oktober 2014 (Eingang: 29. Oktober 2014) nachgeholt (IV-act. 121). Wird eine Anmeldung nicht formgerecht eingereicht, so ist für die Einhaltung der Fristen und für die an die Anmeldung geknüpften Rechtswirkungen trotzdem der Zeitpunkt massgebend, in dem sie der Post übergeben wird (Art. 29 Abs. 3 ATSG). Entgegen der Meinung der Beschwerdegegnerin ist die Neuanschuldung somit bereits im September 2014 und nicht erst im Oktober 2014 erfolgt (vgl. IV-act. 137). Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Beschwerdegegnerin war zunächst nicht auf die Neuanschuldung eingetreten (IV-act.137). Hiergegen hatte der Beschwerdeführer Beschwerde erhoben. Mit der Beschwerde hatte er eine Vielzahl weiterer medizinischer Berichte eingereicht. RAD-Arzt Dr. E.____ hatte hierauf festgehalten, dass sich mit den neu eingegangenen Berichten, unter anderem dem Bericht der Psychiaterin Dr. G.____ vom 6. Februar 2016 (IV-act. 143-23), der Gesundheitszustand nicht konklusiv beurteilen lasse (IV-act. 165). Daraufhin hatte die Beschwerdegegnerin die Nichteintretensverfügung widerrufen und war auf die Neuanschuldung eingetreten. Dr. G.____ hatte in ihrem Bericht vom 6. Februar 2016 erklärt, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 31. August 2015 in ihrer Behandlung befinde. Als Diagnosen hatte sie eine PTBS, einen Verdacht auf eine sonstige bipolare affektive Störung und eine posttraumatische Verbitterungsstörung angegeben. Hierbei handelt es sich um völlig neue psychiatrische (Verdachts-)Diagnosen: Die Gutachter der Medas Ostschweiz hatten in ihrem Gutachten vom 24. Mai 2011 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung erwähnt. Da es sich im Vergleich zur ersten Anmeldung um neue psychische Beeinträchtigungen bzw. Diagnosen gehandelt hat, ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanschuldung eingetreten. Mit der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2017 hat die Beschwerdegegnerin dann allerdings das Rentengesuch des Beschwerdeführers abgewiesen. Gemäss dem Bundesgericht muss bei einer erneuten Anmeldung nach einer vorausgegangenen rechtskräftigen Abweisung eines Rentenbegehrens geprüft werden, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2015, 9C_9/2015). Diese Praxis ist jedoch gesetzeswidrig: Mit Art. 29 Abs. 1 ATSG besteht eine abschliessende gesetzliche Regelung der Wirkung von Neuanschuldungen, sodass keine ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke vorliegt, die durch eine analoge Anwendung des Art. 17 ATSG auf die Neuanschuldung auszufüllen wäre (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Dezember 2016, IV 2014/188 E. 1.3 ff.). Die Neuanschuldung unterscheidet sich also nicht von einer erstmaligen Anmeldung. Demnach ist im vorliegenden Fall nur zu prüfen, ob der Beschwerdeführer in einem rentenbegründenden Ausmass invalid ist. 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 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG 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). 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). Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere das ABI-Gutachten vom 23. November 2016, die Berichte des behandelnden Orthopäden Dr. D. ___ vom 17. Februar 2016 und 4. September 2017 sowie die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. G. ___ vom 30. Mai 2016, 1. Februar 2017 und 24. Mai 2017 im Recht. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Replik geltend gemacht, dass die Begutachtung schon deshalb wiederholt werden müsse, weil im Hinblick auf die neuen medizinischen Diagnosen (Rückenschmerzen mit Diskushernie HWK5/6, chronische Kniebeschwerden beidseits, chronische Ellbogenbeschwerden beidseits sowie Asthma bronchiale) noch kein definitiver Zustand vorliege. Als Grund hat er angeführt, dass die Beschwerden weiterhin behandlungsbedürftig seien. Von der (weiteren) Behandlungsbedürftigkeit eines Leidens muss jedoch nicht zwingend darauf geschlossen werden, dass noch kein stabiler Gesundheitszustand im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne eingetreten sei. Bei den angegebenen Leiden handelt es sich unter anderem um degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates, die mit zunehmendem Alter naturgemäss (langsam) voranschreiten. Ein "definitiver Zustand" in einem absoluten Sinne, wie ihn der Rechtsvertreter fordert, wäre also gar nie zu erreichen. Aus dem Bericht von Dr. D. ___ vom 4. September 2017 geht nicht hervor, inwieweit hinsichtlich der Rückenschmerzen, der Kniebeschwerden und der Ellbogenbeschwerden im Verfügungszeitpunkt kein stabiler Zustand vorgelegen haben sollte. Zum Asthma bronchiale liegen gar keine neuen Berichte im Recht. Demnach ist entgegen der Meinung des Rechtsvertreters davon auszugehen, dass im Verfügungszeitpunkt (11. Juli 2017) ein stabiler Gesundheitszustand im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne vorgelegen hat. Dr. D. ___ hat in seinem Bericht vom 4. September 2017 über zunehmende Rückenbeschwerden (L5/S1-Degeneration mit Vacuumphänomen und Osteochondrose), zunehmende Kniebeschwerden rechts und zunehmende Hüftbeschwerden rechts berichtet (act. G 1.4). Ausserdem sei anfangs 2016 ein taubeneigrosses, subcutanes, schmerzhaftes Lipom entdeckt worden, dessen Extension kurz bevorstehe. Die L5/S1-Degeneration mit Osteochondrose hat bereits im Begutachtungszeitpunkt bestanden (IV-act. 173-25). Zudem hatte der Bericht von Dr. Q. ___ vom 10. Dezember 2015, auf welchen Dr. D. ___ verwiesen hat, den ABI-Gutachtern vorgelegen (siehe IV-act. 173-6). Auch bezüglich der Kniebeschwerden sind dem Bericht vom 4. September 2017 keine neuen objektiven Befunde zu entnehmen. Eine Arthrographie und MR-Arthrographie des Hüftgelenks rechts vom 25. Januar 2017 hat moderate degenerative Veränderungen und eine moderate Insertionstendinopathie der Glutealmuskulatur am Trochanter major rechts mit Begleitbursitis gezeigt. In einer gleichentags durchgeführten Sonographie der muskuloskelettalen Weichteile (Leiste bds.)

sind direkte und indirekte, reponible ("zurückbringbare"), symptomatische Leistenhernien rechts und eine symptomatische, reponible Inguinalhernie links ersichtlich gewesen. Weder den neuen bildgebenden Befunden noch dem Bericht von Dr. D.____ vom 4. September 2017 lässt sich allerdings entnehmen, wann die Hüftbeschwerden zugenommen haben sollen. Demgegenüber ist dem klinischen Befund des orthopädischen Gutachters des ABI zu entnehmen, dass bereits im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung (Oktober 2016) Hüft- und Leistenbeschwerden sowie eine massive muskuläre Verkürzung beidseits vorgelegen haben (IV-act. 173-23). Der langsam wachsende Rückentumor (Verdacht auf ein Lipom, d.h. einen gutartigen Tumor des Fettgewebes: siehe www.neurochirurgie.insel.ch/spezialgebiete-erkrankungen/neurochirurgische-erkrankungen/spezielle-erkrankungen/lipom/, besucht am 18. Februar 2020) ist laut Dr. D.____ bereits anfangs 2016 diagnostiziert worden. Entfernt worden ist er erst im September 2017, und zwar deshalb, weil er den Beschwerdeführer "zusehends" beim Schlafen gestört hatte. Einerseits ist nicht ersichtlich, inwiefern der Tumor dadurch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätte beeinflussen sollen. Andererseits hat es sich nur um eine vorübergehende gesundheitliche Beeinträchtigung gehandelt, die zum Vornherein keine invalidisierende Wirkung hat entfalten können (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten medizinischen Berichte keine ausreichenden Hinweise dafür enthalten, dass zwischen dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung (Oktober 2016) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung (11. Juli 2017) eine erhebliche Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes eingetreten wäre. Der behandelnde Orthopäde Dr. D.____ hat in seinem Bericht vom 17. Februar 2016 angegeben, dass dem Beschwerdeführer wegen der Polyarthralgieentwicklungen seines Skeletts (Hals, Schulter, Hüfte, untere LWS, Knie bds.) und den pulmonalen Einschränkungen auch die Ausübung einer körperlich leichten, angepassten Verweistätigkeit mit vermehrten Pausen nicht möglich sei. Der orthopädische ABI-Gutachter hat darauf hingewiesen, dass aus den Berichten von Dr. D.____ keine klaren funktionellen Defizite hervorgingen. Zudem sei unklar, inwieweit die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit auf überwiegend pulmonalen Faktoren beruhe (IV-act. 173-29). Die Kritik des orthopädischen Gutachters an der Beurteilung von Dr. D.____ überzeugt. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D.____ scheint hauptsächlich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu basieren. Diese Angaben sind wegen der festgestellten, deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und der psychiatrischen Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im vorliegenden Fall jedoch besonders kritisch zu würdigen. Hinzu kommt, dass Dr. D.____ als orthopädischer Chirurg wohl kaum über das medizinische Fachwissen verfügt hat, um die Auswirkungen des chronischen Asthma bronchiale auf die Arbeitsfähigkeit verlässlich beurteilen zu können. Der pneumologische ABI-Gutachter hat diesbezüglich festgehalten, dass aufgrund der unter der Inhalationstherapie normalen lungenfunktionellen Befunde ohne Allergenexposition für vorwiegend leichte körperliche Arbeiten keine Arbeitsunfähigkeit vorliege (IV-act. 173-36). Diese Einschätzung überzeugt, zumal auch der behandelnde Pneumologe in der Kontrolle vom 15. Dezember 2015 eine weitgehend normale Lungenfunktion festgestellt hatte (Bericht vom 21. Dezember 2015, IV-act. 143-17 ff.). Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D.____ kann somit nicht abgestellt werden. Gemäss dem orthopädischen Gutachter des ABI bestünden auf radiologischer Ebene degenerative Veränderungen im medialen und femoropatellären Abschnitt der Kniegelenke. An der thorakalen Wirbelsäule lägen Zeichen der disseminierten idiopathischen skelettalen

Hyperostose und auf der Höhe des lumbosakralen Überganges liege eine mässig ausgeprägte Osteochondrose vor. Hinweise für eine Neurokompression fehlten. An den Ellbogen seien Hinweise für eine radiale Epicondylopathie dokumentiert, welche rechts zwischenzeitlich operativ saniert worden sei; beidseits seien jedoch keine relevanten degenerativen Veränderungen festgestellt worden. Laut dem orthopädischen Gutachter des ABI sei ein gewisser Leidensdruck an der thorakolumbalen Wirbelsäule, den Kniegelenken sowie im Sinne einer Restsymptomatik nach den wiederholten Eingriffen an den Ellbogen zwar nachvollziehbar, nicht jedoch die völlig diffusen, sämtliche Abschnitte des Bewegungsapparates umfassenden Beschwerden. Der neurologische Gutachter des ABI hat bezüglich des zerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine neurale Beteiligung gefunden. Angesichts der objektivierbaren Befunde überzeugt die Beurteilung der ABI-Gutachter, wonach dem Beschwerdeführer überwiegend stehende und gehende sowie körperlich andauernd mittelschwere und schwere Verrichtungen (wie die bisherigen Tätigkeiten in der Pulverbeschichtung/ Schäumerei und der Stuhlmontage) nicht mehr zumutbar sind. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten hingegen besteht aus somatischer Sicht unter Berücksichtigung der von den Gutachtern angegebenen Adaptionkriterien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Der Rechtsvertreter hat weiter vorgebracht, dass eine Oberexpertise notwendig sei, weil sich die Beurteilungen der Fachpsychiater in wesentlichen Punkten unterschieden. Der psychiatrische Gutachter des ABI hat dem Beschwerdeführer wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, und wegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % attestiert. Seine Einschätzung entspricht im Wesentlichen derjenigen der Medas Ostschweiz aus dem Jahr 2011. Die behandelnde Psychiaterin Dr. G. ___ hat hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung eine völlig andere Beurteilung abgegeben: Der Beschwerdeführer leide an einer bipolaren Störung, an einer PTBS und an einer posttraumatischen Verbitterungsstörung. Sie hat dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten bescheinigt respektive lediglich noch ein zweistündiger Arbeitseinsatz in einer adaptierten Tätigkeit als zumutbar erachtet, wobei zusätzlich eine verminderte Leistungsfähigkeit von 60-70 % bestehe (was einer Arbeitsfähigkeit von insgesamt ca. 7.5-10 % entsprechen würde). Der psychiatrische Gutachter des ABI hat zur Beurteilung von Dr. G. ___ festgehalten, dass die Kriterien einer PTBS nicht erfüllt seien, insbesondere habe der Beschwerdeführer kein deutlich schweres traumatisches Ereignis erlebt. Auch eine bipolare Störung könne nicht bestätigt werden; der Beschwerdeführer habe im Untersuchungsgespräch nicht über Phasen mit Angetriebenheit geklagt. Zudem wäre bei einer bipolaren Störung eine entsprechende Medikation mit einem Stimmungsstabilisator zu erwarten. Die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters des ABI sind im Ergebnis überzeugend: Hinsichtlich der Diagnose einer PTBS ist ergänzend festzuhalten, dass gemäss der ICD-10 die Latenz zwischen dem Trauma und dem Beginn einer PTBS wenige Wochen bis Monate dauern kann (ICD-10: F43.1). Laut Dr. G. ___ soll die PTBS durch den Tod des Bruders im Jahr 19__ ausgelöst worden sein. Trotzdem wäre der Beschwerdeführer jahrzehntelang (bis 2009) in der Lage gewesen, einer vollen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Auch aus diesem Grund überzeugt die von Dr. G. ___ gestellte Diagnose einer PTBS nicht. Bezüglich der Diagnose einer bipolaren Störung ist anzumerken, dass die von Dr. G. ___ erwähnten submanischen Phasen nirgends in den Akten festgehalten sind. Gerade deshalb hätte Dr. G. ___ diese Diagnose detailliert begründen müssen. Inwiefern die Anhäufung von 300 Überstunden in der letzten Tätigkeit

das Vorliegen einer bipolaren Störung belegen sollte, ist nicht nachvollziehbar. Zur Diagnose einer posttraumatischen Verbitterungsstörung hat der psychiatrische Gutachter des ABI keine Stellung bezogen. Zwar hat Dr. G.____ die Auslöser erwähnt, nämlich den Arbeitsunfall, die Kündigung des Arbeitsverhältnisses und drei Todesfälle naher Verwandter im Jahr 2009. Welchen Einfluss diese posttraumatische Verbitterungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit haben soll, hat sie jedoch nicht dargelegt. Insgesamt überzeugt die diagnostische Einschätzung der behandelnden Psychiaterin somit nicht. Aus diesem Grund kann auch nicht auf ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung abgestellt werden. Dr. G.____ hat weitere Kritikpunkte am psychiatrischen Teilgutachten des ABI angebracht. Erstens hat sie die Fähigkeiten der Dolmetscherin angezweifelt. Das ABI hat hierzu festgehalten, dass es sich um eine qualifizierte Dolmetscherin vom HEKS oder vom Dolmetscherdienst für Ausländer gehandelt habe. Dr. G.____ hat ihre Kritik nicht begründet. Ausserdem ist der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits anwaltlich vertreten gewesen. Es ist davon auszugehen, dass sich sein Rechtsvertreter nach der Begutachtung umgehend an die Beschwerdegegnerin gewandt hätte, wenn der Beschwerdeführer von Unstimmigkeiten bei der Übersetzung berichtet hätte. Der Rechtsvertreter selbst hat auch später im gesamten Verfahren keine Kritik an der Übersetzung geäussert. Demnach ist davon auszugehen, dass die Dolmetscherin ihre Aufgabe fachlich einwandfrei erfüllt hat. Zweitens hat Dr. G.____ moniert, der psychiatrische Gutachter hätte bemerken müssen, dass die vom Beschwerdeführer gemachten Angaben zur Medikamenteneinnahme und -dosierung falsch gewesen seien. Auf eine Rückfrage hin haben der psychiatrische Gutachter und der ärztliche Leiter des ABI darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer tatsächlich unterschiedliche Angaben zur Medikamenteneinnahme gemacht habe. Zu beachten sei auch, dass ein Medikamentenspiegel nicht nachweisbar oder nicht im therapeutischen Bereich gelegen habe. Diese Aussage ist so zu interpretieren, dass der psychiatrische Gutachter den von den behandelnden Ärzten verordneten Medikamenten für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht keine entscheidende Bedeutung beigemessen hat, weil er aufgrund der Messungen davon hat ausgehen müssen, dass der Beschwerdeführer die Medikamente nicht, nur unregelmässig oder in einer zu tiefen (und damit nicht wirksamen) Dosis eingenommen hatte. Deshalb hat er die Angaben des Beschwerdeführers zur Medikamenteneinnahme und -dosierung auch nicht weiter hinterfragt. Dass im Gutachten widersprüchliche oder falsche Angaben zu den verordneten Medikamenten enthalten sind, vermag daher keine Zweifel an der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters zu wecken. Dr. G.____ hat schliesslich noch darauf hingewiesen, dass die Kriterien für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt seien. Diese Diagnose sei aus dem "Bericht von 2011" übernommen worden. Der psychiatrische Gutachter hat die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit den ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden könne und die auch nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückgeführt werden könnten, begründet (IV-act. 173-18). Gemäss dem orthopädischen Gutachter des ABI liessen sich die völlig diffus, unter anderem sämtliche Abschnitte des Bewegungsapparates umfassenden Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und intraoperativen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Er ist davon ausgegangen, dass im Vordergrund eine nicht-organische Beschwerdekomponente steht (IV-act. 173-27). Angesichts des Ausmasses der vom Beschwerdeführer geltend gemachten körperlichen Schmerzen erscheint die Diagnose einer somatoformen Störung als begründet. Jedenfalls hat Dr. G.____

nicht aufgezeigt, welche Diagnosekriterien denn nicht erfüllt sein sollen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auch die Kritik von Dr. G. ___ am psychiatrischen Teilgutachten des ABI nicht stichhaltig ist. Der psychiatrische Gutachter des ABI hat seine Beurteilung, dass der Beschwerdeführer in einer seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei, wobei die Restarbeitsfähigkeit auch ganztags mit der Möglichkeit vermehrter Pausen realisierbar sei, nachvollziehbar begründet. Der Beschwerdeführer leide an depressiven Verstimmungen, einer erhöhten Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, negativen Zukunftsperspektiven bezüglich seiner gesundheitlichen und beruflichen Situation und an einer ausgeweiteten Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat. Der psychiatrische Gutachter hat sich zudem mit den gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu prüfenden Standardindikatoren befasst (vgl. BGE 141 V 281; IV-act. 173-19 ff.). Insbesondere angesichts der vom psychiatrischen Gutachter benannten objektiven Befunde, aber auch unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Ressourcen und den Belastungen, die direkt negative funktionelle Folgen haben, erscheint dessen Arbeitsfähigkeitsschätzung als begründet. Somit kann auch auf das psychiatrische Teilgutachten des ABI abgestellt werden. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Pulverbeschichtung/Schäumerei und in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Stuhlmontage voll arbeitsunfähig ist. In einer körperlich angepassten Tätigkeit besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Aus dem Gutachten des ABI vom 23. November 2016 geht hervor, dass die Nichteignungsverfügung der Suva für die Tätigkeit in der Pulverbeschichtung/Schäumerei bereits im Juni 1995 ergangen war (IV-act. 173-36). Die Annahme des Gerichts im Entscheid vom 22. Juni 2015 (IV 2013/46), dass der Wechsel in die Stuhlmontage wohl im 2002 oder 2003 erfolgt sei, ist somit falsch gewesen. Der Wechsel in die Stuhlmontage muss bereits im Jahr 1995 erfolgt sein. Der Beschwerdeführer hatte die Stelle bei der C. ___ AG im Juni 1993 angetreten (IV-act. 8-1). Im Jahr 1994 hatte er ein Erwerbseinkommen von Fr. 53'359.-- und damit mehr als in den Folgejahren erzielt (IV-act. 9). Allerdings kann für die Berechnung des Valideneinkommens nicht auf das im Jahr 1994 erzielte Erwerbseinkommen (aus der Tätigkeit in der Pulverbeschichtung/Schäumerei) abgestellt werden, denn zwischen 1994 und dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (1. März 2015) sind über 20 Jahre vergangen. Wie das Gericht bereits im Entscheid vom 22. Juni 2015 erwogen hat, ist es schwierig bis unmöglich zu beurteilen, wie sich das Einkommen des Beschwerdeführers in den letzten 20 Jahren ohne das Isocyanatasthma und die weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen entwickelt hätte. Deshalb hat die Bemessung des Valideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen zu erfolgen, konkret anhand des durchschnittlichen Einkommens eines Hilfsarbeiters. Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass der vom Beschwerdeführer im Jahr 1994 erzielte Lohn (Fr. 53'359.--) zwar leicht überdurchschnittlich gewesen war; der durchschnittliche Lohn eines Hilfsarbeiters hatte im Jahr 1994, aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.9 Stunden, Fr. 51'876.-- betragen (vgl. Tabelle T A1.1.1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, LSE, 1994; zur betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit siehe LSE 1994 S. 42; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. Juli 2001, U 290/2000 E. 4bb). Werden diese Löhne jedoch an die Nominallohnentwicklung bis 2015 angepasst, so verändert sich das Bild: Der Lohn des Beschwerdeführers hätte dann Fr. 66'600.-- betragen (vgl. Nominallohnindex, 1993-2001 und 2011-2015, Herstellung von

Möbeln, Schmuck und sonstigen Erzeugnissen, Bundesamt für Statistik, www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/katalogedatenbanken/tabellen.assetdetail.278133.html [Nominallohnindex 1993-2001], www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.255159.html [Nominallohnindex 2011-2015], besucht am 27. Februar 2020). Der durchschnittliche Hilfsarbeiterlohn war im selben Jahr praktisch gleich hoch gewesen; aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, hatte er bei Fr. 66'633.-- gelegen (vgl. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Der Lohn aus der Nebentätigkeit als Hausabwart kann bei der Bemessung des Valideneinkommens nicht berücksichtigt werden: In der Invalidenversicherung ist grundsätzlich immer nur ein 100 %-Pensum versichert (vgl. Die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung bei Teilerwerbstätigkeit, Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Jans [12.3960 "Schlechterstellung von Teilerwerbstätigen in der Invalidenversicherung"] vom 28. September 2012, 1. Juli 2015, S. 7, abrufbar unter: www.news.admin.ch/news/message/attachments/40281.pdf). Die Normalarbeitszeit bzw. die Höchstarbeitszeit haben zum Zweck, die gesundheitlichen Belastungen zu begrenzen (Wegleitung zur Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz, S. 113-1, abrufbar unter: www.seco.admin.ch/seco/de/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Wegleitungen_zum_Arbeitsgesetz/wegleitung-zum-arbeitsgesetz-und-den-verordnungen-1-und-2.html, besucht am 2. Februar 2018). Es würde keinen Sinn machen, wenn die Invalidenversicherung derartige gesundheitliche Belastungen fördern würde, indem sie Erwerbseinkommen, die in Missachtung der Normalarbeitszeit und der gesetzlich vorgesehenen Höchstarbeitszeit erzielt worden sind, bei der Invaliditätsbemessung berücksichtigen würde (zum Ganzen siehe Entscheid des Versicherungsgerichts vom 21. Februar 2018, IV 2015/344 E. 5.2). Warum der Beschwerdeführer die Ansicht vertritt, dass er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung im Jahr 2015 Fr. 80'000.-- hätte verdienen können, hat er nicht begründet. Aufgrund der obigen Ausführungen ist diese Ansicht auch nicht nachvollziehbar. Das Invalideneinkommen ist ebenfalls auf der Grundlage des durchschnittlichen Einkommens eines Hilfsarbeiters im Jahr 2015 zu ermitteln, weshalb sich eine ziffernmässige Festlegung der Vergleichseinkommen erübrigt und der IV-Grad anhand einer Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen berechnet werden kann (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a). Praxisgemäss wäre im vorliegenden Fall ein zusätzlicher Abzug von höchstens 15 % gerechtfertigt. Da auch unter Berücksichtigung eines solchen Abzugs ein nicht rentenbegründender IV-Grad von 32 % resultieren würde ($20\% + [80\% \times 0.15]$), kann die Höhe des zusätzlichen Abzuges offen gelassen werden. Demnach hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis 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. Die Gerichtsgebühr 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 Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss

gedeckt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.