

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/283 vom 28. August 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-08-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_283](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_283)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/283 du 28 août 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/283 del 28 agosto 2020

## **Regeste**

Art. 28 Abs. 1 IVG; Art. 7, 8, 16 ATSG. Polydisziplinäres Gutachten ist beweiskräftig; der Beschwerdeführer ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 80% arbeitsfähig; Prozentvergleich ergibt keinen Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. August 2020, IV 2018/283).

## **Volltext**

Entscheid vom 28. August 2020 Besetzung Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. IV 2018/283 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, AnwaltskanzleiSt. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 10. November 2014 unter Hinweis auf seit März 2010 bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Sein Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 24. November 2014 eine HIV-Infektion CDC-Stadium-3 mit depressiven Störungen im Jahr 2010, Status nach Herpes zoster C2-C4, Status nach Sinusitis, Prostatitis, häufig rezidivierende Infekte, vor allem der Luftwege, sowie einen Verdacht auf COPD bei Nikotinabusus und erklärte, der Versicherte werde alle sechs Monate in der HIV-Sprechstunde der Infektiologie des Kantonsspitals C.\_\_\_\_ kontrolliert (IV-act. 7; vgl. auch IV-act. 10-1). Am 2. Dezember 2014 fand ein Gespräch zwischen dem Versicherten und der zuständigen IV-Eingliederungsverantwortlichen statt (IV-act. 20). Die im Kantonsspital C.\_\_\_\_ für den Versicherten zuständige Ärztin berichtete am 4. Dezember 2014 über eine stabil supprimierte HI-Viruslast und CD4-Zellzahl unter der HIV-Therapie. Dies entspreche dem Bereich einer leicht eingeschränkten Immunitätslage. Der Versicherte sei bis auf akute Erkrankungen, welche jeweils Arbeitsunfähigkeiten von wenigen Tagen mit sich gebracht hätten, nicht arbeitsunfähig (IV-act. 16-3). Am nächsten Gespräch zwischen der zuständigen IV-Eingliederungsverantwortlichen und dem Versicherten vom 13. Januar 2015 nahm zusätzlich die zuständige Sozialarbeiterin vom Sozialamt D.\_\_\_\_ teil (IV-act. 29-1). Am 10. Februar 2015 unterzog der Versicherte sich wegen chronischer Sinusitis frontalis links mit Osteomyelitis in der Hals-Nasen-Ohrenklinik des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) einer Stirnhöhlenoperation und war anschliessend bis zum 28. Februar 2015 zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 22-1 und 8). Da der Versicherte am 11. Mai 2015 eine 18-monatige Haftstrafe antreten musste (IV-act. 28), teilte die IV-Stelle ihm am 1. Juni 2015 mit, dass aufgrund seiner persönlichen Situation zurzeit keine beruflichen Massnahmen angezeigt seien (IV-act. 31; vgl. auch IV-act. 29 und 30). Mit

Vorbescheid vom 11. Juni und Verfügung vom 26. August 2015 verneinte die IV-Stelle sodann bei einem Invaliditätsgrad von 27% einen Rentenanspruch des Versicherten (IV-act. 34 und 35). Nachdem feststand, dass er bereits am 10. Mai 2016 aus der Haft entlassen werden würde (vgl. IV-act. 58-1), meldete der Versicherte sich am 7. Januar 2016 erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 36). Am 11. Mai 2016 berichtete Dr. B.\_\_\_\_, dass dem Versicherten körperlich leichte Arbeiten mit wechselnder Arbeitsposition im staubfreien Innenbereich zumutbar seien. In der Strafanstalt habe er 50% gearbeitet. Ein Versuch, die Arbeitsleistung zu steigern, sei wegen diffuser Schwindelgefühle und Kopfschmerzen mit Benommenheitsgefühl misslungen. Es sprächen keine Gründe gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung (IV-act. 51-1). Am 17. Juni 2016 nahm Dr. med. E.\_\_\_\_, Praktische Ärztin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Stellung zu den vorhandenen Akten und kam zum Schluss, dass Eingliederungspotential vorliege. Es solle mit 50%iger Arbeitsfähigkeit begonnen und eine Steigerung auf 70 bis 80% angestrebt werden (IV-act. 57-1). Am 12. August 2016 berichteten die zuständigen Ärzte vom Kantonsspital C.\_\_\_\_, die Immunlage des Versicherten sei robust und das Virus sei vollständig supprimiert (IV-act. 61-3). Am 24. August 2016 liess der Versicherte in der Klinik für Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie am KSSG angeborene Fehlbildungen im Sinne beidseitiger Syndaktylien der Zehen II und III operieren (IV-act. 63 und 84-6 ff.). Im September 2016 unterzeichneten der Versicherte, die IV-Stelle und die Stiftung F.\_\_\_\_, Brockenhaus G.\_\_\_\_, einen Eingliederungsplan für eine berufliche Abklärung / ein Einsatzprogramm mit Anfangspensum 50% vom 1. November 2016 bis 31. Januar 2017 (IV-act. 67; vgl. Verfügung vom 4. November 2016 in IV-act. 70 und Taggeldverfügungen vom 25. November 2016 in IV-act. 73 und vom 16. Dezember 2016 in IV-act. 75). Diese Abklärung wurde per 13. Januar 2017 aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen (IV-act. 79 und Assessmentprotokoll / Verlaufsbericht der Eingliederungsverantwortlichen in IV-act. 81-10). Dem Schlussbericht der Stiftung F.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass das Anfangspensum von 50% aufgrund häufiger, krankheitsbedingter Absenzen des Versicherten nicht habe gesteigert werden können. Quantitativ habe er die Arbeit in der Elektronikabteilung zufriedenstellend erledigt. Die Kommunikation mit anderen Mitarbeitern und die Pausenzeiten seien des Öfteren sehr ausgereizt worden. Qualitativ sei die Arbeit tadellos gewesen (IV-act. 79). Mit Mitteilung vom 31. Januar 2017 verneinte die IV-Stelle einen weiteren Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen (IV-act. 83). Am 1. Februar 2017 nahm der Versicherte auf Überweisung seines Hausarztes hin eine psychiatrische Behandlung bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Klinik I.\_\_\_\_, auf (IV-act. 84-18). Dieser äusserte gleichentags den Verdacht auf eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.2) und hielt fest, unter Mitberücksichtigung der geklagten körperlichen Beschwerden, der Gehbehinderung und der schmerzbedingten Vermeidungshaltung sowie drohender Dekompensation der Persönlichkeitsstörung sei mit dem Versicherten eine integrative tagesklinische Behandlung vereinbart worden. Unmittelbar im Anschluss an diese Behandlung sollten berufliche Massnahmen in die Wege geleitet werden. Aus seiner Sicht sei dem Versicherten bei beginnender Dekompensation der Persönlichkeitsstörung keine Stelle auf dem freien Wirtschaftsmarkt zuzumuten (IV-act. 84-20). Dr. B.\_\_\_\_ nannte Ende Februar 2017 zusätzlich zum Verdacht auf eine dissoziale Persönlichkeitsstörung neu die Diagnosen einer Schlafstörung und eines chronischen Lumbovertebralsyndroms bei flacher Diskushernie L5/S1. Bezüglich Arbeitsfähigkeit hielt er fest, der Versicherte ermüde rasch. Die Leistungsfähigkeit müsse noch abgeklärt werden, "bis jetzt" sei der Versicherte maximal

50% arbeitsfähig (IV-act. 84-3; vgl. auch MRI der Wirbelsäule HWK7 - SWK 4 der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am KSSG vom 30. Januar 2017 in IV-act. 84-17). Dr. E.\_\_\_\_ beurteilte die medizinische Aktenlage am 2. Juni 2017 dahingehend, dass der Versicherte die HIV-Infektion weiterhin regelmässig im Kantonsspital C.\_\_\_\_ kontrollieren lasse. Den diesbezüglichen Berichten zufolge sei das Virus vollständig supprimiert und die Immunlage robust. Nach einer Therapieumstellung würden auch fast keine Schlafstörungen mehr auftreten. Aus rein somatischer Sicht spreche nichts gegen eine 75 bis 80%ige Arbeitsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Eine Leistungsminderung von etwa 20% sei aufgrund der Schlafstörungen, der erhöhten Erschöpfbarkeit und anderer unspezifischer Symptome in Zusammenhang mit der HIV-Erkrankung und der antiretroviralen Therapie plausibel. Aus psychiatrischer Sicht sei die Behandlung in der Tagesklinik I.\_\_\_\_ abzuwarten (IV-act. 85-2). Am 13. Juni 2017 besuchte der Versicherte die Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des KSSG wegen eines chronisch rezidivierenden "makulopapulösen Exanthems". Die zuständigen Ärzte erwähnten in der Diagnoseliste unter anderem "lymphocytic infiltration of the skin Jessner-Kanof (ICD-10: L 93.0)" (dies entspricht gemäss der Klassifikation dem diskoiden Lupus erythematodes, vgl. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-180-199.htm>, abgerufen am 13. August 2020) und empfahlen eine medikamentöse Behandlung (IV-act. 89). Am 11. Juli 2017 retournierte Dr. H.\_\_\_\_ der IV-Stelle das ihm zugestellte Formular zum Verlauf und teilte mit, dass der Versicherte doch nicht bei ihm in Behandlung stehe, da die zuständige Krankenversicherung die Kosten für die vorgesehene integrative tagesklinische Behandlung nicht habe übernehmen wollen (IV-act. 88-2). Dr. E.\_\_\_\_ befand am 1. September 2017, nach telefonischer Rücksprache mit dem Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ könne ein ausreichend stabiler Gesundheitszustand bestätigt werden. Der Versicherte befinde sich nicht in fachpsychiatrischer Therapie, was aus hausärztlicher Sicht auch nicht dringlich erscheine. Im Vordergrund stünden die belastungsverstärkten Rückenschmerzen und die neu aufgetretene dermatologische Symptomatik (IV-act. 94). Anlässlich einer Kontrolle im Kantonsspital C.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2017 erklärte der Versicherte bezüglich der Hauterscheinungen, dass diese unter Einnahme des Medikaments Plaquenil verschwunden seien. Die Ärzte stellten mit Bericht vom 26. Oktober 2017 fest, dass es dem Versicherten abgesehen von seinen chronischen Rückenschmerzen gesundheitlich gut gehe (IV-act. 100-38). Am 27. Oktober 2017 besuchte der Versicherte wegen seit Sommer 2017 auftretendem Herzrasen die kardiologische Sprechstunde am KSSG, Spital J.\_\_\_\_, Innere Medizin, wo der zuständige Arzt die Diagnose rezidivierendes Herzklopfen/-rasen ohne Begleitsymptomatik stellte und festhielt, je nach Leidensdruck könne symptomatisch ein Betablocker versucht werden (IV-act. 100-41 und 43). Im Auftrag der IV wurde der Versicherte am 15. Januar 2018 in der ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (nachfolgend: ABI), in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie, Infektiologie und Neurologie abgeklärt (IV-act. 91, 98 und 99). Die Fachärzte billigten im Gutachten vom 5. März 2018 einzig der Diagnose HIV-Infektion CDC C3 und den HIV-assoziierten Krankheiten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu (detailliert in IV-act. 100-32; zu den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vgl. IV-act. 100-33). Sie kamen in diesem Gutachten zum Schluss, dass beim Versicherten für jegliche leichten bis mittelschweren beruflichen Tätigkeiten eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe, wobei das Pensum vollschichtig umgesetzt werden könnte mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement (IV-act. 100-35). Dr. E.\_\_\_\_ beurteilte dieses Gutachten am 15. März 2018 als umfassend, sorgfältig erstellt und

in seinen Schlussfolgerungen widerspruchsfrei und konklusiv (IV-act. 102). Gestützt darauf stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 16. April 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 20% die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 106). Hiergegen wandte der Rechtsvertreter des Versicherten, Fürsprecher Daniel Küng, am 13. Juli 2018 ein, der Versicherte leide an völlig therapieresistenten lumbalen ziehenden Beschwerden mit Ausstrahlung in die untere BWS und zum Teil in die rechte Flanke. Es sei von einem sozialen Rückzug in allen Belangen auszugehen. Während der rheumatologische Gutachter eine stationäre Therapie empfehle, erachte der psychiatrische Gutachter eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nicht als zwingend notwendig. Für diesen Widerspruch finde sich im Gutachten keine Erklärung. Nicht nachzuvollziehen sei auch, dass sich der Gesundheitszustand von 2015 bis zum aktuellen Zeitpunkt um 10% verbessert haben solle. Hinzu komme, dass der Versicherte sich im Gesundheitsfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit innerhalb der Tätigkeit eines Montagearbeiters weiterentwickelt hätte. So sei bei einem 40-jährigen Montageleiter mit einer Berufserfahrung von 15 Jahren von einem Lohn von rund Fr. 100'000.-- auszugehen. Damit hätte der Versicherte, selbst wenn man von dem von der IV-Stelle angenommenen Invalidenlohn von Fr. 53'162.-- ausgehen würde, zumindest Anspruch auf eine Viertelsrente (IV-act. 116). Am 13. August 2018 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid die Abweisung des Rentenbegehrens. Zum Einwand nahm sie dahingehend Stellung, dass vom Versicherten während seiner gesamten Erwerbskarriere nicht annähernd ein Einkommen von Fr. 100'000.-- abgerechnet worden sei. Die therapieresistenten Rückenschmerzen seien im Rahmen der Begutachtung sorgfältig abgeklärt worden. Die vom rheumatologischen Gutachter empfohlene multimodale Rehabilitation sei nicht mit einer psychiatrischen Behandlung zu verwechseln. Der geltend gemachte soziale Rückzug könne nicht nachvollzogen werden, da der Versicherte Ferienreisen habe unternommen und im Restaurant des Partners regelmässig habe aushelfen können. Darüber hinaus sei er bei der beruflichen Abklärungsmassnahme durch seine kommunikative Art gegenüber anderen Mitarbeitern aufgefallen (IV-act. 119). Gegen die Verfügung vom 13. August 2018 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsvertreter am 7. September 2018 Beschwerde erheben und unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung beantragen. Ihm sei eine ganze Invalidenrente ab wann rechtens, spätestens ab August 2016 zuzusprechen und zu entrichten. Eventualiter sei die Prozedur an die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung zu gewähren. Zur Begründung liess er anführen, dass sein Lebensweg durch zahlreiche Stellenwechsel und Zeiten der Arbeitslosigkeit gekennzeichnet sei. Damit werde die Vermutung nahegelegt, dass bei ihm seit der Jugend gesundheitliche Auffälligkeiten und Einschränkungen bestanden haben müssten. Es sei nicht verständlich, dass die Gutachter des ABI dem nicht nachgegangen seien. Den von Dr. H.\_\_\_\_ geäusserten Verdacht auf eine dissoziale Persönlichkeitsstörung habe der Gutachter des ABI damit verneint, dass er über Jahre hinweg eine volle Leistungsfähigkeit an den Tag gelegt habe. Dem sei überhaupt nicht so, was der Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) belege. Auch seine persönlichen Beziehungen seien gekennzeichnet durch einen steten Wandel. Überdies sei er auf der Suche nach sich selbst immer wieder mit dem Gesetz in Konflikt gekommen. Ins Bild passe auch die Auflösung der beruflichen Abklärung. Nur mache man es sich viel zu einfach, von mangelnder Motivation auszugehen, anstatt den Gründen für seine Verhaltensweisen nachzugehen. Eine sorgfältige und gründliche Abklärung könne nur zur Annahme führen, dass er allein aufgrund seiner

psychischen Einschränkungen zu 100% arbeitsunfähig sei. Bezüglich des Valideneinkommens sei davon auszugehen, dass er im Gesundheitsfall zumindest das Einkommen eines Hauswirts verdienen könnte, welches in der Ostschweiz durchschnittlich rund Fr. 73'500.-- entspreche. Wieso die Schmerzverarbeitungsstörung nach den Kriterien des Bundesgerichts überwindbar sein solle, sei dem Gutachten des ABI nicht zu entnehmen. Es sei von einem sozialen Rückzug in allen Belangen auszugehen. Zu seinem Lebenspartner und zu seiner Schwester, die ihm im Haushalt helfe, habe er gute Kontakte. Sonst zu niemandem aus der Herkunftsfamilie. Auch aus dem Motorradclub habe er sich zurückgezogen. Während der Rheumatologe des ABI eine stationäre Therapie empfehle, erachte der Psychiater eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nicht als zwingend notwendig. Dieser Widerspruch sei nicht nachvollziehbar (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 31. Oktober 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und hielt zur Begründung fest, der psychiatrische Gutachter habe sich mit den abweichenden Diagnosen befasst und nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, weshalb diese nicht erfüllt seien. Der Kontakt zu den Mitgliedern des Motorradclubs sei nicht infolge sozialen Rückzugs abgebrochen worden. Weitere Kontaktabbrüche seien nicht geltend gemacht worden (act. G 5). Dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung wurde am 6. November 2018 entsprochen (act. G 6). In der Replik vom 19. März 2019 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten (act. G 16). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine weitere Stellungnahme (vgl. act. G 17 und 18). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Es handelt sich um eine Wiederanmeldung nach vorangegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung. Der Beschwerdeführer hatte im Rahmen der Anmeldung vom 7. Januar 2016 die Veränderung des Gesundheitszustands und seiner persönlichen Situation seit der Verfügung vom 26. August 2015 unstrittig glaubhaft gemacht und damit die Eintretenshürde des Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) überwunden. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). 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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in

Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Beschwerdegegnerin stützte ihre nicht rentenbegründende Invaliditätsbemessung auf das ABI-Gutachten vom 5. März 2018. Nachfolgend ist dessen Beweiswert zu prüfen, wobei der Beschwerdeführer lediglich das psychiatrische und das rheumatologische Teilgutachten bemängeln liess. Er vertrat in der Beschwerde die Ansicht, er sei allein aufgrund seiner psychischen Einschränkungen für sämtliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig und die therapieresistenten lumbalen ziehenden Beschwerden würden ihn zusätzlich einschränken (act. G 1 S. 6). Bezüglich der übrigen Fachrichtungen (Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie und Neurologie) ist gestützt auf das Gutachten des ABI von der arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnose der HIV-Infektion CDC C3 und den nicht arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen einer chronischen Pansinusitis links und Dysästhesie am lateralen linken Unterschenkel unklarer Ursache, eines Status nach Herpes zoster C2-C4 rechts und Hepatitis B, eines intermittierenden, ätiologisch unklaren Herzklopfens/Herzrasens, einer Lymphocytic infiltration of the skin Jessner-Kanof, intermittierender Schwindelsymptome unklarer Ätiologie und einer chronischen Diarrhoe auszugehen (IV-act. 100-32 f.). Die Einschätzung, dass aufgrund der infektiologischen Grunderkrankung respektive der antiretroviralen Therapie beim Beschwerdeführer seit Jahren eine 20%ige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit bestehe (vgl. IV-act. 100-33), ist aufgrund der medizinischen Aktenlage ohne weiteres nachvollziehbar (vgl. IV-act. 100-9 bis 12), wird vom Beschwerdeführer nicht bemängelt und ist nicht zu beanstanden. Zu prüfen gilt es demgegenüber, ob der Sachverhalt auch aus psychiatrischer (nachfolgend: Erwägung 2.2) und rheumatologischer (nachfolgend: Erwägung 2.3) Sicht hinreichend abgeklärt wurde. Der Beschwerdeführer stand aktenkundig nach der Diagnosestellung der HIV-Infektion im Jahr 2010 offenbar kurzzeitig in psychiatrischer Behandlung (vgl. IV-act. 84-20 und 100-16) und wurde am 1. Februar 2017 bei Dr. H.\_\_\_\_ vorstellig. Dieser erhob die Verdachtsdiagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung und erachtete eine integrative tagesklinische Behandlung als indiziert (IV-act. 84-20). Mangels Kostengutsprache durch die zuständige Krankenversicherung fand diese Behandlung jedoch nicht statt (IV-act. 88-2). Auch nahm der Beschwerdeführer weder bei Dr. H.\_\_\_\_ noch bei einer anderen psychiatrischen Fachperson eine Behandlung auf. Gemäss Auskunft des Hausarztes gegenüber der RAD-Ärztin vom Herbst 2017 erschien diesem eine fachpsychiatrische

Therapie des Beschwerdeführers nicht als dringlich (IV-act. 94). Es ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar, dass die zuständige Ärztin vom RAD am 1. September 2017 zum Schluss kam, dass auch der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stabil genug sei für eine Begutachtung. Grundsätzlich sah die RAD-Ärztin auch aus psychiatrischer Sicht keine zwingenden Gründe, welche gegen eine über 50%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sprachen. Aufgrund der Vielschichtigkeit der gesundheitlichen Problematik des Beschwerdeführers empfahl sie dennoch eine polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 94-2). Das vorliegend zu würdigende psychiatrische Teilgutachten wurde von Dr. med. K. \_\_\_ erstellt, nachdem er den Beschwerdeführer untersucht und die Vorakten studiert hatte (vgl. IV-act. 100-9 bis 12 und 15). Gegenüber diesem Gutachter hatte der Beschwerdeführer festgehalten, keinen Psychiater zu brauchen. Er leide nicht unter Depressionen und habe auch keine Ängste (IV-act. 100-16). Dr. K. \_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe vor allem somatische Beschwerden mit im Vordergrund stehenden Schmerzen im Bewegungsapparat beklagt (IV-act. 100-19). All die Probleme des Beschwerdeführers mit nun auch finanzieller Abhängigkeit vom Sozialamt könnten auch psychisch zu Enttäuschung führen. Insofern die Symptomatik aus somatischer Sicht nicht erklärt werden könne, müsse aus psychiatrischer Sicht von einer Symptomausweitung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung ausgegangen werden. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden (IV-act. 100-18). Gegen die von Dr. H. \_\_\_ als Verdacht formulierte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche vor allem der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit während mehrerer Jahre. Eine Persönlichkeitsstörung manifestiere sich früh, auf Dauer und sei dann im Verlauf im Schweregrad wenig veränderbar. Dem Beschwerdeführer sei es aber früher möglich gewesen, sich ein lebenserhaltendes Einkommen zu erwirtschaften. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung würden oft bereits in der Schule Probleme machen und dann spätestens im frühen Erwachsenenalter immer wieder, so dass es wiederholt zu Beziehungsabbrüchen und Einzelgängertum komme. Der Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung ändere sich im Verlauf wenig und sei kontinuierlich, es komme nicht zu einem phasischen Verlauf oder einer plötzlichen Dekompensation. Objektive psychopathologische Befunde hätten im klinischen Untersuchungsgespräch nicht erhoben werden können (IV-act. 100-19). Beim Beschwerdeführer bestehe in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Auch im Verlauf könne eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden (IV-act. 100-18). Bei den in Erwägung 2.2.1 dargelegten spärlichen psychiatrischen Vorakten, dem Empfinden sowohl des Hausarztes als auch des Beschwerdeführers selber, dass seine gesundheitlichen Probleme nicht in der psychiatrischen Fachrichtung zu finden sind (vgl. vorstehend Erwägung 2.2.1), sowie mit Blick auf die erhobenen Befunde und den Psychostatus ist nachvollziehbar, dass Dr. K. \_\_\_ neben der Schmerzverarbeitungsstörung keine psychiatrische Diagnose stellen konnte. Das Vorbringen in der Beschwerde, der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht vollständig arbeitsunfähig, ist demgegenüber vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar. Seine von Dr. H. \_\_\_ abweichende Einschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung begründete Dr. K. \_\_\_ umfassend (vgl. IV-act. 100-18 f.) und nachvollziehbar. Dr. H. \_\_\_ erläuterte demgegenüber die von ihm als Verdachtsdiagnose erhobene dissoziale Persönlichkeitsstörung in seinem Bericht vom 1. Februar 2017, der lediglich auf einem Untersuchungsgespräch beruhte, nicht (IV-act. 84-18 bis 21). Soweit der Beschwerdeführer

diesbezüglich vorbringen lässt, es sei nicht korrekt, dass er über Jahre hinweg voll leistungsfähig gewesen sei (act. G 1 S. 5), ist darauf hinzuweisen, dass er selber Dr. H.\_\_\_\_ und den Gutachtern des ABI seine Erwerbslaufbahn so beschrieb (vgl. IV-act. 84-19 sowie 100-13 und 16). Es ist sodann aktenkundig, dass er offenbar in der Regelzeit eine Lehre zum Hauswart abschliessen konnte (IV-act. 1-4 und 36-4; vgl. auch IV-act. 100-16) und im Anschluss daran zuerst als Lieferwagen- und dann als LKW-Chauffeur tätig war. Bis ins Jahr 2011 sind Chauffeur Tätigkeiten dokumentiert (IV-act. 84-19 sowie IK-Auszug in IV-act. 42), anschliessend war er mit befristetem Arbeitsverhältnis bis zum 29. Februar 2012 in der Montage von Kühlgeräten tätig (IV-act. 5). Die dem IK-Auszug zu entnehmenden Phasen von Arbeitslosigkeit (IV-act. 42) vermögen jedenfalls keine fehlende Leistungsfähigkeit zu begründen, bedingt doch der Bezug von Arbeitslosenentschädigung, dass der Ansprecher vermittlungsfähig ist und sich engagiert um eine Arbeitsstelle bemüht. Soweit der Beschwerdeführer in der Beschwerde seinen sozialen Rückzug betonen liess, ist mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass dem Schlussbericht der Stiftung F.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2017 zu entnehmen ist, dass der Beschwerdeführer die Kommunikation mit anderen Mitarbeitern und die Pausenzeiten des Öfteren sehr ausgereizt habe (IV-act. 79). Auch wies die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin, dass der Rückzug aus dem Motorradclub nicht aufgrund des psychischen Befindens des Beschwerdeführers, sondern offenbar auf Wunsch der Mitglieder des Motorradclubs hin erfolgte (vgl. IV-act. 100-17). Zudem war dem Beschwerdeführer sein Führerschein entzogen worden und er hatte aus finanziellen Gründen sein Motorrad verkaufen müssen (vgl. IV-act. 100-16 oben und 100-17). Der Beschwerdeführer liess sodann vorbringen, dem Gutachten sei nicht zu entnehmen, wieso die diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung überwindbar sein solle nach den Kriterien des Bundesgerichts. Soweit er damit Bezug nimmt auf die frühere sog. "Überwindbarkeitspraxis" des Bundesgerichts (vgl. Entscheid 130 V 352), ist darauf hinzuweisen, dass diese Praxis von der sog. "Indikatorenprüfung" (vgl. BGE 141 V 281 ff.) abgelöst worden und damit überholt ist. Vor diesem Hintergrund ist auch in dieser Hinsicht kein Mangel im psychiatrischen Teilgutachten des ABI erkenntlich. Soweit der Beschwerdeführer einen Widerspruch im Gutachten darin sieht, dass der rheumatologische Gutachter eine multimodale Rehabilitation empfahl, und der psychiatrische Gutachter eine psychiatrisch-psychotherapeutische "als nicht zwingend notwendig" erachtete, ist auf die nachvollziehbare Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ zu verweisen. Sie erklärte am 10. August 2018 diesbezüglich im Rahmen des Einwandverfahrens, bei Ersterer handle es sich nicht um eine stationäre psychiatrische Behandlung, sondern sie beinhalte neben einer muskulären Rekonditionierung und der Schulung ergonomischer Bewegungsabläufe die Vermittlung von Coping-Strategien und eine Reflexion des Schmerzverhaltens (IV-act. 118-1). Insgesamt ist das psychiatrische Gutachten in seiner Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, nachvollziehbar und schlüssig. Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Gutachten aus psychiatrischer Sicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen und folglich auf die somatische Arbeitsfähigkeit abzustützen. Der Beschwerdeführer empfindet die Rückenschmerzen als limitierenden Faktor hinsichtlich seiner Arbeitsfähigkeit (vgl. beispielsweise IV-act. 100-17). Gemäss den Akten steht er diesbezüglich nicht in fachärztlicher, sondern in hausärztlicher Betreuung. Das sich mit diesen Schmerzen befassende rheumatologische Teilgutachten wurde von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, erstellt, nachdem dieser die Vorakten, insbesondere auch das MRT der Wirbelsäule vom 30. Januar 2017, studiert (vgl. IV-act. 100-9 bis 12 sowie

23) und den Beschwerdeführer untersucht (IV-act. 100-21 bis 23) hatte. Der Facharzt beurteilte die bildgebende Untersuchung vom 30. Januar 2017 dahingehend, dass der Spinalkanal völlig normal dargestellt sei, die Lendenlordose sei leicht abgeschwächt, ansonsten zeige sich ein normales thorakolumbales Alignment. Im Segment LWK4/5 bestehe eine leichte Dehydration, betont im Segment LWK5/SWK1 mit diskreter Bandscheibenprotrusion im lumbosakralen Übergang, ohne jegliche Kompression von neuralen Strukturen. Es zeigten sich eine völlig unauffällig darstellbare Neuroforamina, keine Chondrosen, Osteochondrosen oder Facettengelenksarthrosen und keine entzündlichen Veränderungen. Insgesamt handle es sich weitgehend um ein normales altersentsprechendes MRT der thorakalen und lumbalen Wirbelsäule (IV-act. 100-23). Dr. L.\_\_\_\_ erhob eine umfassende Anamnese (siehe Details in IV-act. 100-22 f.) und hielt im Anschluss fest, klinisch zeige sich eine sehr diskrete Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform sowie eine muskuläre Dekonditionierung, vor allem am Achsenskelett. Die segmentale lumbale Untersuchung habe eine relativ erhebliche Bewegungseinschränkung ergeben (vgl. dazu IV-act. 100-24 Mitte), bei subjektiver Angabe des Beschwerdeführers, dass alle Bewegungsrichtungen die gleichen verstärkten Lumbalgien verursachen würden. In Bezug auf die Flexion habe sich im Status eine klare Diskrepanz gezeigt, indem zu Beginn des im Stehen durchgeführten Finger-Boden-Abstandes eine Messung von 65 cm durchgeführt worden sei. Während des liegenden Status habe der Beschwerdeführer sich selbständig in die Langsitzposition begeben können, wobei ein Abstand Fingerspitzen-Fusssohle von 25 cm festgestellt worden sei. In dieser maximalen Langsitzposition habe der Beschwerdeführer keine relevant verstärkten Lumbalgien beklagt. Bei nochmaliger Prüfung des Finger-Boden-Abstands nach vorne habe sich ein solcher von 45 cm mit nachfolgend klar verstärkt geschilderten Lumbalgien ergeben. Da rein biomechanisch die Bewegungsart bei Flexion der LWS - sei es im Langsitz oder im Stehen - identisch sei, könne diese Diskrepanz somatisch-orientiert nicht erklärt werden, sodass unter Berücksichtigung des weitgehend normalen, altersentsprechenden MRT eine deutliche psychosoziale Überlagerung des Schmerzbildes zu diskutieren sei. Die zum Teil demonstrierte erhebliche Bewegungseinschränkung sei in diesem Sinne aufgrund des MRT pathoanatomisch nicht zu erklären. Rein klinisch könne eine gewisse Dysfunktion (Blockade) im lumbosakralen Übergang diskutiert werden, eine solche Dysfunktion sei aber sicher nicht geeignet, die monatelangen therapieresistenten Beschwerden adäquat zu erklären (IV-act. 100-24). Die sonstigen Bewegungsprüfungen im Bereich der thorakalen Wirbelsäule hätten eine leichte schmerzhafte Einschränkung ergeben, vor allem der Rotation nach rechts. Hier könne differentialdiagnostisch allenfalls eine persistierende Blockade der costotransversalen Gelenke der unteren BWS zumindest diskutiert werden. Die HWS sei ebenso unauffällig gewesen wie die peripheren Gelenke an den oberen sowie unteren Extremitäten (IV-act. 100-25). Insgesamt gelangte Dr. L.\_\_\_\_ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einem unspezifischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom leide mit klinischer Dysfunktion im lumbosacralen Übergang, leichter Wirbelsäulenfehlform mit muskulären Dysbalancen mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen, diskreter Bandscheibenprotrusion im Segment LWK5/SWK1 ohne Kompression von neuralen Strukturen und ohne klinische Hinweise für sensomotorische Defizite. Dieses Schmerzsyndrom zeitigte laut Dr. L.\_\_\_\_ keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-act. 100-23 f.). Gegenteilige fachärztliche Meinungen, welche objektiv feststellbare Gesichtspunkte zu Tage fördern könnten, welche im Rahmen dieser rheumatologischen Begutachtung unerkant geblieben und geeignet wären, zu einer

anderen Beurteilung zu führen, finden sich nicht in den Akten. Der Beschwerdeführer bringt denn auch nichts Konkretes gegen dieses Teilgutachten vor. Das rheumatologische Teilgutachten ist umfassend, beruht auf eigenen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und die Vorakten, ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet, womit ihm Beweiswert zukommt (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Bei dieser Aktenlage gelingt dem Beschwerdeführer der Nachweis, dass aus psychiatrischer oder rheumatologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit mindernde Beeinträchtigungen bestehen, nicht. Auch ist nicht davon auszugehen, dass diesbezüglich weitere Abklärungen eine Objektivierung ermöglichen könnten. Nach dem Gesagten ist beim Beschwerdeführer spätestens ab der vorliegend relevanten zweiten Anmeldung bei der IV-Stelle Anfang 2016 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten auszugehen (vgl. IV-act. 100-35 sowie vorstehend Erwägungen 2.1, 2.2.3 und 2.3). Unstreitig ist die Invaliditätsbemessung nach der Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG vorzunehmen. Der Beschwerdeführer erzielte gemäss IK-Auszug jährliche Einkünfte, welche stets unter dem statistischen Durchschnittseinkommen von männlichen Hilfsarbeitern von Fr. 66'803.-- im Jahr 2016 (vgl. Anhang 2 der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Textausgabe zum IVG, Ausgabe 2019) lagen (vgl. IV-act. 42). Ein Abstellen auf ein höheres als dieses Durchschnittseinkommen rechtfertigt sich vor diesem Hintergrund nicht. Um das beantragte Einkommen eines Hauswartes (vgl. act. G 1 S. 6) hinzuziehen zu können, müsste mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein, dass der Beschwerdeführer diese Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht weitergeführt hat - was nicht der Fall ist (vgl. vorstehend E. 2.2.2). Angesichts der 80%igen Arbeitsfähigkeit kann sodann die genaue Bemessung des Invaliditätsgrades und eines allfälligen Tabellenlohnabzugs offenbleiben, zumal bei Vornahme eines Prozentvergleichs selbst ein Abzug von 20% nicht rentenbegründend wirkt (Invaliditätsgrad von 36%) und ein höherer Abzug vorliegend offenkundig nicht in Frage kommt. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 7. September 2018 gegen die Verfügung vom 13. August 2018 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 unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. In vergleichbaren Fällen spricht das Versicherungsgericht regelmässig eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Eine solche erscheint für den vorliegenden Fall ebenfalls angemessen. Sie ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur

Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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