

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/339 vom 22. Januar 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-01-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_339](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_339)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/339 du 22 janvier 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/339 del 22 gennaio 2021

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Die Einschätzung der behandelnden Fachärzte vermag an einem schlüssigen Administrativgutachten keine Zweifel zu erwecken, wenn die Behandler nicht auf wesentliche medizinischen Tatsachen hinweisen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Januar 2021, IV 2018/339).

## **Volltext**

Entscheid vom 22. Januar 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren Geschäftsnr. IV 2018/339 Parteien A.\_\_\_\_  
Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Linda Keller, Grand & Nisple Rechtsanwälte, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand IV-Leistungen  
Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich erstmals am 24. Mai 1999 nach einer Verletzung des kleinen Fingers der linken Hand wegen persistierender Schmerzen bei der IV-Stelle zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 2 i.V.m. act. G9.2/1-11). Mit Verfügung vom 8. Dezember 1999 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab, da keine unmittelbar drohende Invalidität und keine durchschnittlich 20%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit bestand (IV-act. 15). Am 14. August 2006 stellte der Versicherte erneut ein Leistungsgesuch bei der IV-Stelle und begründete dies mit Rückenbeschwerden (IV-act. 16). Der damalige Hausarzt des Versicherten, Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, riet dringend zu beruflichen Massnahmen. Es seien sicher Beschwerden vorhanden. Zudem sei der Versicherte ein "Sozialfall", beherrsche die deutsche Sprache schlecht und habe keine Berufsbildung (IV-act. 21). Nach Einholung diverser Arztberichte (vgl. IV-act. 22 ff.) gab die IV-Stelle am 8. Februar 2007 eine bidisziplinäre (orthopädisch und psychiatrisch) Abklärung beim Medizinischen Gutachtenzentrum St. Gallen (nachfolgend: MGSG) in Auftrag (IV-act. 40). Mit Gutachten vom 27. Juli 2007 kamen die MGSG-Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter im Baugewerbe betrage bei voller Stundenpräsenz ca. 40%. In einer adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 75% (IV-act. 52-9). Im Rahmen der Abklärungen für berufliche Massnahmen äusserte der Versicherte im Oktober und November 2007, aufgrund seiner Schmerzsymptomatik könne er sich keinerlei Arbeitstätigkeit vorstellen (vgl. IV-act. 58-2 und 61-5). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-act. 68 ff.) wies die IV-Stelle die Begehren um berufliche Massnahmen und um Rentenleistungen mit Verfügungen vom 14. Mai 2009 ab (IV-act. 93 f.). Gegen die Abweisung des Rentenbegehrens erhob der Versicherte am 22. Juni 2009 Beschwerde (IV-act. 98). Mit Entscheid vom 4. Mai 2011

hielt das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen fest, für die Beurteilung des Rentenanspruchs fehle es an einer aussagekräftigen interdisziplinären medizinischen Grundlage. Es wies die Sache zur ergänzenden Abklärung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 108). Mit Gutachten vom 15. Februar 2012 hielten die MEDAS-Gutachter fest, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde bestehe aus interdisziplinärer Sicht kein Gesundheitsschaden, der versicherungsmedizinisch betrachtet eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsgärtner und Akkordmaurer oder eine Verweistätigkeit begründen könnte. Eine körperlich schwere Tätigkeit (wie die eines Akkordmaurers) sei dem Versicherten jedoch schon aus konstitutionellen (und somit IV-fremden) Gründen nicht zumutbar. Auch retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit nie längerdauernd eingeschränkt gewesen (vgl. IV-act. 125-44). Mit Vorbescheid vom 28. März 2012 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 131). Am 26. Juni 2012 erliess sie eine entsprechende Verfügung (IV-act. 137). Auf neuerliche Leistungsgesuche vom 18. Juni 2012, 27. Februar 2013 und 29. Mai 2013 (IV-act. 138, 159 und 167) trat die IV-Stelle mit Verfügungen vom 30. Januar 2013, 4. April 2013 und 3. Oktober 2013 nicht ein (IV-act. 158, 162 und 175). Am 28. November 2016 stellte der Versicherte erneut ein Leistungsgesuch (IV-act. 180). Mit Verfügung vom 3. März 2017 trat die IV-Stelle darauf abermals nicht ein (IV-act. 193). Nachdem der damalige Rechtsvertreter Beschwerde gegen diese Verfügung erhoben hatte, wiederrief die IV-Stelle sie am 3. April 2017 (IV-act. 202). Am 28. April 2017 und am 3. Juli 2017 beantragte der Versicherte, nun vertreten durch Rechtsanwalt Andreas Fäh, weitere medizinische Abklärungen (IV-act. 203 und 209). Am 19. Juli 2017 reichte er diverse Arztberichte ein und machte geltend, insbesondere die Ärzte Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik E.\_\_\_\_, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, würden ihm eine erhebliche Verschlechterung seines Krankheitsbildes gegenüber dem Jahr 2013 attestieren (IV-act. 210). Am 20. November 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie eine polydisziplinäre Begutachtung als nötig erachte (IV-act. 215). Mit Gutachten vom 23. April 2017 stellten Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, des ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut Basel folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode. In der angestammten sowie jeder anderen körperlich schweren Tätigkeit bestehe seit spätestens 15. Februar 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege dagegen eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Eine lang andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten könne retrospektiv nicht nachvollzogen werden (IV-act. 223-28 f.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-act. 230 ff.) wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen und um Rentenleistung mit Verfügung vom 11. September 2018 ab (IV-act. 241). Gegen diese Verfügung erhebt A.\_\_\_\_ am 10. Oktober 2018 Beschwerde. Er beantragt, die Verfügung vom 11. September 2018 sei aufzuheben. Ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung gibt er an, das ABI-Gutachten sei den behandelnden Ärzten zuzustellen und den Ärzten sei Kostengutsprache für eine Stellungnahme einzuräumen. Im ABI-Gutachten würden diverse Diagnosen gestellt, welche angeblich

keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben sollten. Dies werde bestritten (act. G1). Am 22. Januar 2019 ergänzt der Beschwerdeführer, nun vertreten durch Rechtsanwältin Linda Keller, seine Beschwerde. Er stellt einen Eventualantrag auf eine polydisziplinäre Begutachtung und beantragt die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung. Es würden mehrere Berichte von Fachärzten vorliegen, in welchen diese zu einem anderen Schluss als das Gutachten kommen würden. Dr. K.\_\_\_\_ habe die im ABI-Gutachten noch lediglich als Verdachtsdiagnose gestellte Polyneuropathie bestätigt. Allein schon deshalb dürfe das ABI-Gutachten nicht als Grundlage für eine abweisende Verfügung dienen. Dr. L.\_\_\_\_ halte fest, die Veränderungen der Wirbelsäule, welche 2007 ausgeprägt gewesen seien, seien im ABI-Gutachten nur marginal erwähnt, gewöhnlich würden sich solche Veränderungen aber während 10 Jahren verschlechtern. Entgegen den Ausführungen im ABI-Gutachten habe Dr. D.\_\_\_\_ nicht lediglich zur Fortsetzung der konservativen Therapie geraten, sondern vielmehr beim Scheitern derselben eine operative Option vorgeschlagen. Insgesamt sei das ABI-Gutachten nicht nachvollziehbar, weshalb der Entscheid aufzuheben und ein weiteres polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben sei (act. G7). Mit Beschwerdeantwort vom 15. März 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Im Wesentlichen führt sie dazu aus, Dr. K.\_\_\_\_s Einschätzung sei vom neurologischen ABI-Gutachter berücksichtigt worden. Dieser lege dar, für ein Nervenkompressionssyndrom an den Armen finde sich kein Anhalt, worauf schon Dr. K.\_\_\_\_ hingewiesen habe. In den Vordergrund seiner langjährigen Beschwerden stelle der Beschwerdeführer die langjährigen lumbalen Beschwerden. Auch diesbezüglich würde sich kein objektiver Hinweis für eine radikuläre Beteiligung ergeben. Hingegen spreche das diskrepante Verhalten beim Prüfen des Laségue für eine recht eindeutige bewusstseinsnahe Symptomausweitung. Eine allfällige beginnende Polyneuropathie bleibe hypothetisch, zumal sich keine weiteren trophischen, motorischen oder Reflexstörungen fänden. Hinsichtlich des HWS-Syndroms habe der neurologische Gutachter keinen Anhalt für eine medulläre Beteiligung oder eine radikuläre Läsion und bezüglich der lumbalen Schmerzen keinen objektiven Hinweis für eine radikuläre Beteiligung gesehen. Insgesamt habe der neurologische Gutachter also keine relevanten pathologischen Befunde festgestellt, weshalb er nachvollziehbar zum Schluss gelangt sei, dass aus neurologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit für leichte bis punktuell mittelschwere Tätigkeiten nicht eingeschränkt werde. Dem mit der Beschwerde eingereichten Bericht Dr. K.\_\_\_\_s vom 31. Dezember 2018 sei zu entnehmen, dass die klinische Verdachtsdiagnose einer beinbetonten sensiblen Polyneuropathie habe bestätigt werden können. Indes gehe daraus nicht hervor, inwiefern die Diagnose Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Dr. K.\_\_\_\_ habe im Vergleich zur Voruntersuchung vom 10. März 2018 einen nahezu identischen Befund erhoben. Insofern würden sich ihrem Bericht vom 31. Dezember 2018 keine wichtigen Aspekte entnehmen lassen, die bei der ABI-Begutachtung ungewürdigt geblieben seien. Der Beweiswert des ABI-Gutachtens werde auch nicht durch den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2018 in Frage gestellt. Die von diesem erwähnten aktuellen MRI-Bilder hätten den Gutachtern vorgelegen und seien berücksichtigt worden. Der orthopädische Gutachter habe diesbezüglich dargelegt, die äusserst diffus beklagte Symptomatik lasse sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Im Vordergrund dürfte eine nicht-organische Beschwerdekomponekte stehen. Den objektivierbaren Befunden im Bereich der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule habe der orthopädische Experte insofern Rechnung getragen, als er körperlich schwere Tätigkeiten für nicht mehr zumutbar erachtet habe. Für adaptierte Tätigkeiten habe er eine volle Arbeitsfähigkeit

attestiert, was angesichts der geringen Ausprägung der objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat nachvollziehbar sei. Inwiefern der vom Beschwerdeführer angeführte Umstand, dass Dr. D. \_\_\_ im Bericht vom 29. Mai 2018 eine operative Option mit Spondylodesen C5/6 und C6/7 zur Diskussion gestellt habe, Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung im ABI-Gutachten erwecken sollte, sei nicht ersichtlich. Der orthopädische Gutachter habe ausgeführt, die von Dr. D. \_\_\_ genannten radiologischen Veränderungen der lumbalen und zervikalen Wirbelsäule würden als Schmerzsachen nicht zuletzt aufgrund des Ansprechens auf wiederholte Infiltrationen ausscheiden. Weitere therapeutische Massnahmen seien abzulehnen, weil sie offenkundig keine Beschwerdelinderung bringen würden, sondern vielmehr zu einer weiteren Verfestigung der Krankheitsüberzeugung führen könnten. Vor diesem Hintergrund sei auch der von Dr. D. \_\_\_ zur Diskussion gestellte operative Eingriff nicht als sinnvolle therapeutische Massnahme anzusehen. Aus dessen Bericht vom 29. Mai 2018 würden sich keine neuen relevanten Erkenntnisse ergeben. Schliesslich vermöge auch der mit der Beschwerde eingereichte Bericht des Allgemeinpraktikers Dr. L. \_\_\_ vom 31. Oktober 2018 das ABI-Gutachten nicht in Frage zu stellen. Dass dieser einige Diagnosen anders gewichtet habe, ohne aber eine konkrete Begründung für seine abweichende Meinung darzulegen, begründe keine Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen (act. G9). Am 19. März 2019 bewilligt das Versicherungsgericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung; act. G10). Mit Replik vom 3. Juni 2019 macht der Beschwerdeführer geltend, zwar sei richtig, dass Dr. K. \_\_\_ keine Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit mache. Sie habe jedoch eine zuvor nicht klinisch erstellte Diagnose nachgewiesen. Dr. D. \_\_\_ habe eine Operationsindikation gestellt und nachvollziehbar begründet. Sein Bericht sei dazu geeignet, erhebliche Zweifel an den Schlussfolgerungen des ABI zu wecken. Mit Dr. L. \_\_\_ halte ein dritter Arzt nachvollziehbar fest, dass dem ABI-Gutachten nicht gefolgt werden könne. Vor diesem Hintergrund seien deshalb weitere medizinische Abklärungen unumgänglich (act. G14). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G16). Erwägungen Anspruch auf eine Invalidenrente 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). 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). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Auf ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten ist rechtsprechungsgemäss abzustellen, wenn nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 466 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer fordert, das ABI-Gutachten sei den behandelnden Ärzten zuzustellen und diesen sei Kostengutsprache für eine Stellungnahme einzuräumen (act. G1, S. 2 f.). Der Untersuchungsgrundsatz verpflichtet die Beschwerdegegnerin zur richtigen und vollständigen Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes (E. 1.4 vorstehend). Eine Beschränkung erfährt der Untersuchungsgrundsatz allerdings dort, wo die Verwaltungsbehörden auf die Mitwirkung der Verfahrensbeteiligten angewiesen sind. Eine solche Mitwirkung ist vor allem dann gerechtfertigt, wenn davon ausgegangen werden muss, dass die Beteiligte den Sachverhalt nicht nur besser kennt, sondern auch ein eigenes Interesse daran hat, ihre Sachverhaltsdarstellung beweismässig zu untermauern. Es gilt der Grundsatz, dass die Beweisführungslast diejenige Partei trifft, welche sich daraus Rechte ableiten will (vgl. Kieser, a.a.O., Art. 61 N 128). Dies ist vorliegend insofern der Fall, als dass der Beschwerdeführer mit den eingereichten Arztberichten nachweisen will, dass das Gutachten nicht verwertbar ist. Weiter gilt der Grundsatz, dass die Mitwirkung der versicherten Person bzw. die Erteilung von Auskünften gestützt auf Art. 28 Abs. 2 ATSG unentgeltlich zu erfolgen hat. Dazu gehört auch das Einreichen von Unterlagen wie Stellungnahmen von behandelnden Ärzten (vgl. Kieser, a.a.O., Art. 28 N 57). Ein Anspruch auf Kostengutsprache an die behandelnden Ärzte für die Erstellung eines Parteigutachtens

besteht demnach nicht. Vorliegend wurde der medizinische Sachverhalt nach Einholung der medizinischen Unterlagen, insbesondere von Behandlerberichten, mittels polydisziplinärem Gutachten abgeklärt. Da die Beschwerdegegnerin das ABI-Gutachten vom 23. April 2017 als vollständig und nachvollziehbar ansah (vgl. etwa IV-act. 224), bestand weder eine Notwendigkeit für Rückfragen an die ABI-Gutachter noch zur Einholung weiterer Berichte der Behandler. Es hätte am Beschwerdeführer gelegen, neue Arztberichte einzureichen, wenn er der Meinung gewesen wäre, die gutachterlichen Feststellungen seien unzutreffend oder unvollständig. Mit seiner Replik reichte er denn auch weitere ärztliche Unterlagen ein (act. G7.1). Insofern ist sein Antrag auf Kostengutsprache an die Behandler für Stellungnahmen auch hinfällig geworden. Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, im ABI-Gutachten seien diverse Diagnosen gestellt worden, welche angeblich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben sollten, was bestritten werde. Auch diese Diagnosen würden ihn in seiner Arbeitsfähigkeit einschränken (act. G1, S. 3). Damit übersieht der Beschwerdeführer, dass die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von den Gutachtern nicht unberücksichtigt geblieben sind. Diese schränken die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht zwar nicht ein, werden aber in qualitativer Hinsicht bei der Festlegung der zumutbaren adaptierten Tätigkeit berücksichtigt. Namentlich führten die objektivierten Befunde aus orthopädischer Sicht zur Einschätzung, dass schwere körperliche Tätigkeiten sowie der wiederholte Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveau und die Einnahme von Zwangshaltungen dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar seien. Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe in einer schweren körperlichen Tätigkeit eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, in einer adaptierten Tätigkeit hingegen nicht (vgl. IV-act. 223-28 f.). Bei den ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgelisteten Diagnosen handelt es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus, eine Adipositas, ein Asthma bronchiale, einen fortgesetzten Nikotinkonsum, ein leichtgradiges CTS und einen St. n. intraartikulärer Basisfraktur des kleinen Fingers links (vgl. IV-act. 223-28). Inwiefern diese Diagnosen die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit in quantitativer Hinsicht dauerhaft wesentlich einschränken sollten, wird weder vom Beschwerdeführer dargelegt, noch ist es aus den Akten ersichtlich. In der Beschwerdeergänzung (act. G7) geht der Beschwerdeführer denn auch nicht mehr näher auf sie ein. Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, die Berichte der behandelnden Ärzte Dres. L.\_\_\_\_, K.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ seien als konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des ABI-Gutachtens anzusehen, sodass nicht auf das Gutachten abgestellt werden könne. Die Beschwerdegegnerin verweist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten aussagen und deren Einschätzungen deshalb zurückhaltend zu werten seien (vgl. hierzu etwa BGE 135 V 465 E. 4.5 oder BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dabei handelt es sich um eine Richtlinie, die als solche mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) vereinbar ist. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.2, mit Hinweisen). Auf der anderen

Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Oktober 2020, 8C\_447/2020, E. 6.2, mit Hinweisen). Zudem ist auch dem Umstand, dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt, Rechnung zu tragen (Entscheid des Bundesgerichts vom 23. Januar 2019, 9C\_804/2018, E. 2.2 mit Hinweisen). Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, ob die Behandlerberichte Aspekte benennen, die keinen Eingang in die Begutachtung gefunden haben und erhebliche Zweifel am ABI-Gutachten zu wecken vermögen. Der Beschwerdeführer bringt vor, Dr. K.\_\_\_\_ habe nach der ABI-Begutachtung eine beinbetonte sensible Polyneuropathie sowie ein leichtgradiges sensomotorisches CTS rechts festgestellt (act. G7, S. 5). Betreffend CTS hielt der neurologische Gutachter eine grenzwertig leichte Verlängerung im Sinne eines sehr leichten CTS fest, wobei die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden hierfür nicht typisch seien und weit hierüber hinausgehen würden. Die gutachterliche Untersuchung habe keine objektiven Befunde diesbezüglich ergeben. Der Händedruck sei zwar wohl gemindert geboten worden, dies aber bei seitengleichem Fingerspreizen und Spitzgriff sowie seitengleich ausgeprägter Muskulatur und Reflexe (IV-act. 223-27). Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des leichtgradigen CTS ist somit nicht ersichtlich. Dem Arztbericht Dr. K.\_\_\_\_s vom 31. Dezember 2018 ist zu entnehmen, dass sie eine Polyneuropathie bestätigen könne. Therapeutisch empfahl sie schmerzlindernde Massnahmen, z.B. Capsaicin-Salbe, bei ungenügendem Effekt eine medikamentöse Behandlung mit Lyrica (act. G7.1). Dass aufgrund dieser Diagnose die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wäre, legte Dr. K.\_\_\_\_ hingegen nicht dar. Der neurologische ABI-Gutachter, welcher die Verdachtsdiagnose einer beginnenden Polyneuropathie stellte, führte gleichzeitig aus, es würden sich keine weiteren trophischen, motorischen oder Reflexstörungen finden. Demnach sei eine allfällige Polyneuropathie funktionell ohne Relevanz (vgl. IV-act. 223-27). Dem widersprach Dr. K.\_\_\_\_ nicht. Sie stellte die Schmerzen des Beschwerdeführers in den Vordergrund, nicht hingegen funktionelle Einschränkungen. Die Tatsache, dass die vom Gutachter gestellte Verdachtsdiagnose Polyneuropathie von Dr. K.\_\_\_\_ bestätigt wurde, erschüttert den Beweiswert des ABI-Gutachtens somit nicht. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. insbesondere act. G14, S. 3) macht der klinische Nachweis dieser Diagnose nicht zwingend weitere Abklärungen notwendig (vgl. zum Zusammenhang zwischen den gestellten Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit E. 4.4 nachstehend). Der Beschwerdeführer verweist sodann auf einen Bericht des Allgemeinmediziners Dr. L.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2018, in welchem dieser ausführte, die Veränderungen an der Wirbelsäule, welche schon 2007 ausgeprägt gewesen seien, würden sich gewöhnlich während 10 Jahren verschlechtern (act. G7, S. 5). Der orthopädische Gutachter äusserte sich indes ausführlich zu den Veränderungen an der Wirbelsäule. Einerseits nahm er zu den einzelnen Gutachten und der darin festgestellten Einschränkung Stellung (IV-act. 223-23) und andererseits auch konkret auf die von Dr. D.\_\_\_\_ festgestellten radiologischen Veränderungen (IV-act. 223-24).

Dr. L.\_\_\_\_ setzte sich sodann nicht mit den Ausführungen des orthopädischen Gutachters auseinander. Gemäss diesem konnten bei der Untersuchung Druckdolenzen nicht klar reproduziert und auch nicht anatomisch zugeordnet werden. Der orthopädische ABI-Gutachter hielt fest, die äusserst diffus beklagte Symptomatik habe sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen lassen. Durchaus nachvollziehbar seien ein gewisser Leidensdruck angesichts degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule, kaum aber die übrigen Beschwerden, sodass im Vordergrund eine nicht-organische Beschwerdekomponekte stehe. Die offenbar praktisch wirkungslose Physiotherapie solle dringend beendet werden, da durch sie keine Besserung erwartet werden könne, sondern eine weitere Verfestigung der Krankheitsüberzeugung zu befürchten sei. In diesem Sinne seien auch Infiltrationen abzulehnen. Auf beruflicher Ebene wäre die Reintegration in den Arbeitsprozess anzustreben, doch könnten bei offenbar vollständig fehlender Motivation keine Vorschläge gemacht werden (IV-act. 223-21 f.). Der orthopädische Gutachter setzte sich ausführlich mit früheren medizinischen Meinungen auseinander (vgl. IV-act. 223-22 ff.). Insbesondere griff er die Ausführungen des MEDAS-Gutachters auf, wonach bildgebende Befunde nur dann einen diagnostischen Wert hätten, wenn die Beschwerden mit dem körperlichen Untersuchungsbefund korrelieren würden, was beim Beschwerdeführer jedoch nicht der Fall gewesen sei. Dieser Einschätzung stimmte der orthopädische ABI-Gutachter dezidiert zu (IV-act. 223-23). Er führte weiter aus, Dr. D.\_\_\_\_ habe zahlreiche radiologischen Veränderungen und anamnestische Angaben, nicht jedoch klinische Befunde angeführt und zur Fortsetzung der konservativen Therapie sowie der Infiltrationen geraten. Letzterem widersprach der orthopädische ABI-Gutachter. Dieser Einschätzung könne "aufgrund der heutigen Untersuchung keinesfalls gefolgt werden." Die radiologischen Veränderungen würden als Schmerzursachen nicht zuletzt aufgrund des fehlenden Ansprechens auf wiederholte Infiltrationen ausscheiden. Bei deutlichen Hinweisen auf ein nicht-organisches Geschehen sei zu hoffen, dass von passiven Behandlungsmassnahmen in Zukunft unbedingt abgesehen werde (IV-act. 223-24). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind nicht die gestellten Diagnosen, sondern die Auswirkung einer Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit, mithin die Schwere der Symptomatik und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen massgebend (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2018, 9C\_273/2018, E. 4.2, mit Hinweisen). Auch wenn also, wie von Dr. L.\_\_\_\_ erwähnt, die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule in den letzten 10 Jahren zugenommen haben, geht damit nicht ohne Weiteres eine quantitative Reduktion der Arbeitsfähigkeit einher (vgl. zur degenerativen Veränderung der Wirbelsäule ohne eigenständigen Krankheitswert auch MEDAS-Gutachten vom 15. Februar 2012, IV-act. 125-27 und 125-30 f.). Der orthopädische ABI-Gutachter hat nachvollziehbar begründet, weshalb vorliegend gestützt auf die klinischen Befunde in einer adaptierten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Veränderungen der Wirbelsäule des Beschwerdeführers resultiert. Zu erwähnen ist sodann, dass Dr. L.\_\_\_\_ in seinem Arztbericht vom 31. Oktober 2018 auf Nachfrage des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers ausdrücklich festhielt, die somatischen Diagnosen seien im ABI-Gutachten korrekt erwähnt worden. Auch auf die Frage, ob die von den Gutachtern gestellten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit effektiv keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, antwortete Dr. L.\_\_\_\_, als relevante Diagnose bestehe Asthma bronchiale, welches die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könne. Weniger relevant sei das CTS rechts (act. G7.1). Das leichtgradige CTS schränkt die Arbeitsfähigkeit, wie bereits ausgeführt, nicht ein (siehe E. 3.3 vorstehend). Auch das

Asthma wirkt sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus. Aus internistischer Sicht konnte keine relevante Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (IV-act. 223-11). Diese Einschätzung deckt sich sowohl mit dem Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2007 als auch mit dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 15. Februar 2012, in welchem es diagnostisch nicht einmal erwähnt wurde, und grundsätzlich auch mit den Berichten der Behandler. Zudem gab der Beschwerdeführer selbst in allen Gutachten nie eine Einschränkung wegen des Asthmas an. Zwar erachtete Dr. L.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer auch in einer adaptierten Tätigkeit als lediglich zu 40 bis 50% arbeitsunfähig, er begründete diese Einschätzung jedoch nicht. Namentlich setzte er sich nicht mit den Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit im ABI-Gutachten auseinander und legte nicht dar, inwiefern diese unzutreffend sein sollten (vgl. act. G7.1). Somit weckt der Arztbericht Dr. L.\_\_\_\_s am Beweiswert des ABI-Gutachtens keine Zweifel. Der Beschwerdeführer führt weiter an, Dr. D.\_\_\_\_ habe am 29. Mai 2018 berichtet, aktuelle MRI-Bilder würden die Veränderungen an der Halswirbelsäule immer deutlicher zeigen. Im Gegensatz zu den Ausführungen im ABI-Gutachten würde er keinesfalls lediglich zu einer Fortsetzung der konservativen Therapie raten, sondern beim Scheitern derselben eine operative Option vorschlagen (act. G7, S. 6). Im Bericht vom 29. Mai 2018 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe gerade eine Serie Physiotherapie abgeschlossen. Diese habe keinen grossen Effekt gehabt und lediglich eine leichte vorübergehende Besserung gebracht (act. G7.1). Insofern stimmt die Schilderung des behandelnden Facharztes mit der gutachterlichen Einschätzung überein, wonach die Physiotherapie kaum einen Nutzen bringe, hingegen die Krankheitsüberzeugung festige (IV-act. 223-22). Die von Dr. D.\_\_\_\_ erwähnte Tatsache, dass die Veränderungen an der HWS des Beschwerdeführers zugenommen hätten, hat für sich allein keine Reduktion der Arbeitsfähigkeit zur Folge (vgl. hierzu E. 4.2 ff. vorstehend). Bei seiner Beurteilung stellte Dr. D.\_\_\_\_ massgebend auf die Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers ab (vgl. act. G7.1). Diese erwies sich in der Vergangenheit indes mehrfach als inkonsistent und mit den Befunden nicht vereinbar. Zudem wurden beim Beschwerdeführer bisweilen Selbstlimitationstendenzen, eine bewusstseinsnahe Symptomausweitung und eine massiv zu tiefe Selbstbeurteilung der eigenen Ressourcen sowie dysfunktionale Verhaltensmuster festgestellt (vgl. beispielhaft IV-act. 21, 125-45, 125-35, 125-31, 125-26 f., 125-22 f., 181-3, 223-27 und 223-21). Aus versicherungsmedizinischer Sicht erscheint daher eine mögliche Operationsindikation gestützt auf die Schmerzangaben des Beschwerdeführers nicht geeignet, Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der ABI-Gutachter zu wecken, zumal sie nichts mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten zu tun hat. Überdies wird eine Operation in der Regel vorgenommen, um eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu erreichen. Hinzu kommt, dass Dr. D.\_\_\_\_ eine Operationsindikation der HWS nur dann als Option ansah, wenn die Beschwerden "trotz konsequenter konservativer Therapie nicht in den Griff zu bekommen" seien (act. G7.1). Dr. med. N.\_\_\_\_, Orthopädie O.\_\_\_\_, hielt in seinem Bericht vom 12. März 2018 (mithin lediglich zweieinhalb Monate vor dem vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Bericht Dr. D.\_\_\_\_s vom 29. Mai 2018) fest, seines Erachtens komme die Symptomatik von der schlechten Haltung und Belastung (Gehen an einem Stock) bei bekannten degenerativen Veränderungen der HWS und LWS. Er riet zu einer weiteren konservativen Therapie (IV-act. 223-35). Unter diesen Umständen kann auch unter Berücksichtigung der kurze Zeit später abgeschlossenen Serie von Physiotherapie nicht von einer konsequenten Ausschöpfung der konservativen Therapie im Zeitpunkt des Arztberichts von Dr. D.\_\_\_\_ ausgegangen werden. Nach dem Gesagten ist darin, dass Dr.

D.\_\_\_\_ die Option einer Operation unter der Bedingung, dass eine konsequente konservative Therapie nicht zu einer Linderung der geklagten Beschwerden führe, nennt, kein wichtiger objektiver Aspekt zu erkennen, der im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben wäre. Somit weckt der Arztbericht vom 29. Mai 2018 ebenfalls keine Zweifel am Beweiswert des ABI-Gutachtens. Das ABI-Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Jeder Gutachter untersuchte den Beschwerdeführer persönlich, wobei ein Dolmetscher anwesend war. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wurden im Gutachten notiert und ausführlich besprochen. Das Gutachten ist umfassend und die medizinische Beurteilung ist einleuchtend. Namentlich die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist nachvollziehbar begründet. Die Vorbringen des Beschwerdeführers und die von ihm eingereichten zusätzlichen Arztberichte vermögen die Ergebnisse der Begutachtung nicht in Zweifel zu ziehen. Nicht explizit besprochen wurde im ABI-Gutachten die Wirkung der IV-fremden Faktoren, welche die Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers negativ beeinflussen. Namentlich sind der tiefe Bildungsgrad, die fehlende Berufsbildung (vgl. IV-act. 125-18), die schlechten Sprachkenntnisse, die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (vgl. IV-act. 183), die schwierige familiäre Situation (gesundheitlich angeschlagene Ehefrau und Tochter sowie gereizter Umgang miteinander, vgl. etwa IV-act. 223-13 und 181-2), die finanzielle Lage (Angewiesenheit auf Sozialhilfe, vgl. Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege), eine fehlende Motivation zur Reintegration in die Arbeitswelt (vgl. IV-act. 223-22) und schliesslich die Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers (subjektive Einschätzung, ihm gehe es immer schlechter, vgl. beispielhaft IV-act. 223-18 und 125-21) hinderlich für eine Eingliederung (vgl. auch IV-act. 125-37 f., 61-3, 21-9 und 20-3 ff.). Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert. Solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände sind bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Mai 2019, 9C\_740/2018, E. 5.2.1, mit Hinweisen). Da vorliegend in einer adaptierten Tätigkeit indes gar keine Arbeitsunfähigkeit besteht, war auch eine Abgrenzung der IV-fremden Faktoren gegenüber den gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht erforderlich. Nach dem Gesagten ist das ABI-Gutachten beweiskräftig, sodass darauf abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer ist somit in seiner angestammten Tätigkeit (schwere Hilfsarbeiten) nicht mehr, in einer angepassten (leichten bis mittelschweren Tätigkeit) hingegen voll arbeitsfähig. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird grundsätzlich das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 f. mit Hinweisen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst

genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100% zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sogeannter Prozentvergleich). Der Prozentvergleich bietet sich somit namentlich an, wenn Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen sind. Deren genaue Ermittlung erübrigt sich: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2019, 9C\_851/2018, E. 5.1 mit Hinweisen). Vorliegend arbeitete der Beschwerdeführer bis ins Jahr 2005 in verschiedenen Hilfstätigkeiten. Danach war er nicht mehr erwerbstätig. Seine früheren Gesuche um eine Invalidenrente wurden abgelehnt oder nicht darauf eingetreten. Das Valideneinkommen lässt sich mangels Erwerbstätigkeit in den letzten rund 15 Jahren nicht konkret bestimmen. Es rechtfertigt sich deshalb, zu seiner Bemessung die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (nachfolgend: LSE) heranzuziehen und auf das Lohnniveau für Hilfsarbeiten (Tabelle TA1 2014, total alle Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Männer) abzustellen. Nachdem der Beschwerdeführer weiterhin keiner Erwerbstätigkeit nachgeht und mangels Ausbildung und Fachkenntnisse weiterhin verschiedene Hilfsarbeiten ausüben könnte, ist auch für das Invalideneinkommen auf die LSE-Tabellenlöhne (Tabelle TA1 2014, total alle Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Männer) abzustellen. Da sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf Hilfsarbeiterniveau angesiedelt und gestützt auf die LSE zu bestimmen sind, kann ein Prozentvergleich erfolgen. Demnach entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzugs. Selbst wenn vorliegend ein Tabellenlohnabzug von 10% gewährt würde und damit der Tatsache Rechnung getragen würde, dass der Beschwerdeführer keine schweren Tätigkeiten mehr ausüben kann und auch qualitativ in seiner Arbeitsfähigkeit leicht eingeschränkt ist, resultiert bei einer quantitativen Arbeitsfähigkeit von 100% kein leistungsbegründender Invaliditätsgrad. Ebenso wenig besteht ein Anspruch auf berufliche Massnahmen. Für die Aufnahme einer Hilfsarbeitertätigkeit in einem vollen Pensum sind keine Eingliederungsmassnahmen nötig. Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ist invaliditätsfremd, weswegen auch deshalb kein Eingliederungsbedarf besteht. Zuletzt wäre überdies selbst eine Arbeitsvermittlung wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit nicht angezeigt. Die Beschwerde ist somit vollumfänglich 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 vorliegenden Angelegenheit angemessen. Da der Beschwerdeführer vollumfänglich unterliegt, ist die Gerichtsgebühr grundsätzlich ihm aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zufolge

unentgeltlicher Rechtsverteistandung die Kosten der Rechtsvertretung. 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.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin pauschal mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich 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 VRP). 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 die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung 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.