

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/408 vom 30. Oktober 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_408

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/408 du 30 octobre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/408 del 30 ottobre 2020

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 ATSG Das der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende polydisziplinäre Gutachten ist insbesondere auch in kardiologischer Hinsicht beweiskräftig. Es liegen keine objektiven Gesichtspunkte vor, die es in Frage stellen. Der Beschwerdeführer, welcher vor allem an einer koronaren Herzkrankheit und an degenerativen Veränderungen im Bewegungsapparat leidet, ist in im Wesentlichen körperlich leichten Tätigkeiten 100 % arbeitsfähig. Es besteht kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. Oktober 2020, IV 2018/408).

Volltext

Entscheid vom 30. Oktober 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie-Theres Rüegg-Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2018/408 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (im Folgenden: Versicherter) meldete sich am 23. Mai 2014 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Er hatte am 13. Juni 2013 einen Herzinfarkt (Nicht-ST-Hebungsinfarkt [NSTEMI]) erlitten. In der Folge war die hochgradige Stenose des Ramus interventricularis anterior (RIVA) dilatiert und mit einem Stent versorgt worden (Austrittsbericht Medizinische Intensivstation Kantonsspital St. Gallen [KSSG] vom 14. Juni 2013, IV-act. 15-35 f.; Austrittsbericht Spital B.____, Klinik für Innere Medizin, vom 6. Juli 2013, IV-act. 15-22 f.; Bericht Koronarangiographie Kardiologie KSSG, IV-act. 15-3 f.). Am 5. Mai 2014 waren ein Verschluss der rechten Koronararterie dilatiert und drei Stents angebracht worden (Berichte Klinik für Kardiologie KSSG vom 8. Mai 2014, IV-act. 15-10 ff. und Koronarangiographie und ad hoc PCI vom 5. Mai 2014, IV-act. 44-23 f.). Eine angiologische Untersuchung ergab eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) der unteren Extremitäten Stadium IIa beidseits (Bericht Klinik für Angiologie KSSG vom 11. Juni 2014, IV-act. 19). Dr. med. C.____, Lungenkrankheiten und Innere Medizin FMH, hielt im Arztbericht vom 27. Juni 2014 fest, der Versicherte leide an einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), an einer koronaren/hypertensiven Herzkrankheit, an Diabetes mellitus sowie an Coxarthrosen. Die Implantation einer Hüfttotalprothese sei für Sommer 2014 vorgesehen. Sitzende Tätigkeiten könnten während etwa vier Stunden täglich ausgeübt werden (IV-act. 18). RAD-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin, nahm am 23. September 2014 Stellung, aus Sicht des RAD könne der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit ein volles

Arbeitspensum bewältigen. Die den Versicherten beim Gehen massiv behindernde Coxarthrose könne erst nach Abschluss der dualen Thrombozytenaggregationshemmung im Mai 2015 operiert werden. Bis ca. Anfang September 2015 sei der Gesundheitszustand instabil und könne das Eingliederungspotential nicht voll ausgeschöpft werden (IV-act. 49; vgl. auch Protokoll Assessment vom 11. August 2014, IV-act. 28). Die IV-Stelle eröffnete dem Versicherten mit Mitteilung vom 2. Oktober 2014, berufliche Massnahmen seien zurzeit nicht möglich (IV-act. 33). Dr. med. E. ____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH und Kardiologie, führte am 19. März 2015 aus, seit einigen Wochen bis Monaten beklage der Versicherte ihn stark verunsichernde Thoraxschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme. Diese seien klar nicht koronarischämischer Ätiologie. Unverändert beschreibe er allgemeine Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Er erhob den Verdacht auf eine Polyneuropathie (IV-act. 38). Eine erneute Koronarangiographie und ad hoc PCI am 2. November 2015 offenbarte eine deutliche Progression der koronaren Herzkrankheit. Die für die Beschwerden verantwortliche schwere Stenose im Marginalast konnte erfolgreich behandelt werden (Bericht, IV-act. 44-14 f.; Austrittsbericht Klinik für Kardiologie KSSG vom 3. November 2015, IV-act. 70-4 ff.). Am 6. Januar 2016 musste eine schwere (Re-)Stenose der rechten Koronararterie behoben werden. Anlässlich der Hospitalisation wurde ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert (Austrittsbericht Klinik für Kardiologie KSSG vom 7. Januar 2016, IV-act. 49). RAD-Arzt Dr. D. ___ attestierte am 2. März 2016 in einer wechselnd belastenden, vorwiegend im Sitzen ausübenden Tätigkeit weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 53). Durch Mitteilung vom 27. März 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren hinsichtlich beruflicher Massnahmen ab, da der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei und für die Stellensuche durch das RAV unterstützt werde (IV-act. 78). Das Rentengesuch wies sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 12. Juni 2017 ab (IV-act. 86), wogegen der Versicherte am 11./20. Juli 2017 Beschwerde erhob (IV-act. 87). Der Rechtsdienst der IV-Stelle holte eine Stellungnahme des RAD vom 26. September 2017 ein, wonach eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig sei (IV-act. 104), worauf die IV-Stelle am 4. Oktober 2017 die angefochtene Verfügung vom 12. Juni 2017 widerrief (IV-act. 106). Das Versicherungsgericht schrieb am 13. November 2017 das hängige Beschwerdeverfahren ab (IV 2017/263; IV-act. 112). Im Hinblick auf die Begutachtung durch die Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) formulierte der RAD eine Ergänzungsfrage bezüglich des Verdachts auf eine Polyneuropathie (IV-act. 116) und der Beschwerdeführer liess am 23. Dezember 2017 vorbringen, zwei der vorgesehenen Gutachter seien voreingenommen und es sei durch Auswertung von zehn Gutachten des ABI zu prüfen, ob diese Institution ergebnisoffen begutachte (IV-act. 124). Mit Zwischenverfügung vom 3. Januar 2018 hielt die IV-Stelle an der Abklärungsstelle fest (IV-act. 125). Am 3. April 2018 erlitt der Versicherte einen erneuten NSTEMI (Kurzaustrittsbericht Kardiologie KSSG vom 6. April 2018, IV-act. 131-50 ff.). Gemäss Gutachten vom 2. Juli 2018 (IV-act. 131-1 bis 52) diagnostizierten bzw. erhoben die Sachverständigen (Dr. med. F. ____, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. G. ____, Kardiologie; Dr. med. H. ____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr. med. I. ____, Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen 23. und 24. April 2018) (teilweise verkürzte Wiedergabe) als Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - eine chronische koronare Herzkrankheit, Status nach NSTEMI im Juni 2013, Status nach PCTA/Stent Mitte Juni 2013, Mai 2015, Mitte November 2015, Januar 2016, Status nach akutem NSTEMI am 3. April 2018 mit gutem

Resultat nach Stent RCX und RIVA (Koronarangiographie vom 5. April 2016) mit kardiovaskulären Risikofaktoren (fortgesetzter Nikotinkonsum, Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie) - eine generalisierte obliterierende Arteriopathie (periphere arterielle Verschlusskrankheit, Stadium IIA), - eine Coxarthrose beidseits, anamnestisch Beschwerdefreiheit bei aktuell wenig auffälligem klinischem Befund bis auf eine weitgehend aufgehobene Innenrotation, - klinisch Hinweis auf degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, aktuell weitgehend unauffälliger Befund, sowie - klinisch den Verdacht auf beginnende degenerative Veränderungen der Knie beidseits, anamnestisch weitestgehende Beschwerdefreiheit (IV-act. 131-6 f.). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe die ebenfalls zu diagnostizierende Cannabis-Abhängigkeit (ICD-10: F12.25). Die Experten gelangten zum Schluss, in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne wiederholte Zwangshaltungen, Überkopfbewegungen und längere Gehstrecken sei eine maximale Präsenz von 8 bis 8,5 Stunden pro Tag möglich ohne Einschränkung der Leistung (IV-act. 131-8). Die Gesamt-Arbeitsunfähigkeit ergebe sich aus der verminderten körperlichen Belastbarkeit vom Bewegungsapparat her sowie aus kardiologischer Sicht. Hauptursächlich seien die kardiologischen Einschränkungen. Wegen der verminderten Belastbarkeit komme der Versicherte gar nicht an die vom Bewegungsapparat noch möglichen Leistungen heran. Mit einer kardialen Rehabilitation wäre eine Steigerung der Belastbarkeit und der Ausdauer für das ganztägig mögliche Pensum zu erreichen (IV-act. 131-9). A.h. RAD-Arzt Dr. D. ___ nahm am 26. Juli 2018 Stellung, auf das Gutachten sei abzustellen (IV-act. 132). A.i. Mit Vorbescheid vom 26. Juli 2018 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Gesuchs betreffend Rente (IV-act. 133). Mit Einwand vom 21. September 2018 machte der Versicherte im Wesentlichen geltend, das ABI-Gutachten sei nicht nachvollziehbar (IV-act. 136). Nach Einholen einer weiteren Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. D. ___ (vom 14. November 2018, IV-act. 139) wies die IV-Stelle das Gesuch mit Verfügung vom 14. November 2018 ab (IV-act. 140). B. B.a. Mit Beschwerde vom 17. Dezember 2018 beantragt A. ___ (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Pedergrana, die Verfügung vom 5. November 2018 (richtig wohl: vom 14. November 2018; vgl. dazu auch act. G 2) sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung und die Rechtsverteidigung zu gewähren. Das Verfahren sei zu sistieren bis zum Entscheid über die unentgeltliche Rechtsverteidigung im Verwaltungsverfahren (Gesuch vom 8. August 2018, IV-act. 135). Gegebenenfalls sei die ganze Angelegenheit ins Verwaltungsverfahren zurückzuweisen. Eventualiter sei ihm Frist zur Beschwerdeergänzung anzusetzen (act. G 1). Am 14. Januar 2019 beantragt der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin, die angefochtene Verfügung zu widerrufen und reicht vorsorglich eine Honorarnote für das Beschwerdeverfahren ein (act. G 4). Mit Ergänzung der Beschwerde vom 15. Februar 2019 beantragt er sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2018 und eventualiter die Zusprache einer befristeten ganzen Rente. Zur Begründung führt er im Wesentlichen an, das ABI-Gutachten sei nicht nachvollziehbar. Es sei zumindest von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem ersten Herzinfarkt bis Ende April 2016 auszugehen (act. G 5). B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 2. April 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Auf das Gutachten sei abzustellen, es sei konsistent und plausibel. Die Operationen hätten lediglich zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, nicht zu rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeiten geführt (act. G 7). B.c. Der Beschwerdeführer verzichtet auf eine Replik (act. G 9). Erwägungen Der

Beschwerdeführer ersuchte am 8. August 2018 um unentgeltliche Rechtsverteidigung im Vorbescheidverfahren (IV-act. 135). Dies wies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. November 2018 ab (IV-act. 138). Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 8. November 2018 Beschwerde (IV-act. 143-2 ff.), worauf die Beschwerdegegnerin die Verfügung am 13. Dezember 2018 widerrief (IV-act. 147) und das hiesige Versicherungsgericht das Beschwerdeverfahren betreffend unentgeltliche Rechtsvertretung im Vorbescheidverfahren (IV 2018/378) am 19. Februar 2019 abschrieb (IV-act. 158). Eine neue Verfügung in dieser Sache bzw. eine Beschwerde gegen eine solche liegt dem Versicherungsgericht nicht vor. Somit bildet im vorliegenden Beschwerdeverfahren Anfechtungsobjekt ausschliesslich die Verfügung vom 14. November 2018 und Anfechtungsgegenstand alleine der Rentenanspruch. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 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 mit Hinweisen). 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und

Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). 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 ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). 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 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das ABI-Gutachten vom 2. Juli 2018 zu Recht als beweistauglich erachtet hat. Anlässlich der kardiologischen Begutachtung schilderte der Beschwerdeführer, abends habe er noch ab und zu Schmerzen. Er sei rasch müde, Gehen sei nur langsam möglich und beim Treppensteigen benötige er Pausen. Er verspüre Thoraxschmerzen wie schon 2013 (IV-act. 131-40). Der Gutachter erhob eine leichtgradig eingeschränkte Pumpfunktion des linken Ventrikels von 45 % bei deutlich vergrössertem Vorhof sowie bei der Fahrradergometrie eine Leistung von 51 % des Solls bei Abbruch wegen Knieschmerzen (IV-act. 131-42 f.). Dr. E.____ berichtete am 5. September 2018 über die Austrittsuntersuchung nach einem 12-wöchigen ambulanten Cardiofit-Programm (Beginn demnach ca. 20. Juni 2018), der Beschwerdeführer habe sehr davon profitiert. Die Leistung sei zwar weiterhin eingeschränkt, habe aber um etwa 10 % gesteigert werden können auf ein Niveau, auf dem sie seit knapp drei Jahren nicht mehr gelegen habe (IV-act. 136-3 f.). RAD-Arzt Dr. D.____ nahm am 14. November 2018 Stellung: Der Beschwerdeführer verfüge trotz zweifellos bestehenden körperlichen Einschränkungen über genügende Ressourcen, um in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit wahrzunehmen. Mit der Zumutbarkeit einer nur noch adaptierten Tätigkeit werde einer medizinisch bedingten Einschränkung vollumfänglich Rechnung getragen. Die von Dr. E.____ ermittelten Werte von 53 % (13. November 2015) und von 73 % (5. September 2018; richtig: 63 %, IV-act. 136-3) des Solls seien mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % durchaus vereinbar (IV-act. 139). Auch im rückblickenden Verlauf war der Beschwerdeführer bis auf zeitweilige Thoraxschmerzen kardial beschwerdefrei bei reduzierter Leistungsfähigkeit (Austrittsbericht Cardiofit vom 31. Januar 2014, IV-act. 15-16 ff.; Berichte Dr. E.____ vom 17. Juli 2014, IV-act. 44-31 ff., vom 21. November 2014, IV-act. 44-28 ff., vom 19. März 2015, IV-act. 38, vom 8. Oktober 2015, IV-act. 44-18 ff., vom 13. November 2015, IV-act. 44-1 ff., vom 16. Januar 2017, IV-act. 90, und vom 6. Februar 2017, IV-act. 90-4). RAD-Arzt Dr. D.____ hatte bereits in den Stellungnahmen vom 23. September 2014 (IV-act. 49) und vom 2. März 2016 (IV-act. 53) festgehalten, es sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Eine abweichende fachkardiologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit liegt nicht vor. Damit erscheint plausibel, dass entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde, act. G 1) trotz eingeschränkter kardialer Leistungsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit besteht und bestanden hat. Aktenkundig sind sodann Beschwerden im Bereich der (vor allem rechten) Hüfte und Knie: Bildlich festgestellt wurde ein Impingement der rechten Hüfte mit Labrumläsion und ein grösserer Knorpeldefekt (Arthro-MRI Hüfte rechts vom 3. Dezember 2012; Berichte Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin vom 12. Dezember 2012, IV-act. 19-8, und Dr. med. K.____, Orthopädie L.____, vom 14. Januar 2013, IV-act. 19-5 f.). Anlässlich einer

angiologischen Untersuchung wurde eine periphere arterielle Verschlusskrankheit, Stadium IIa beidseits, diagnostiziert (Bericht Klinik für Angiologie KSSG vom 11. Juni 2014, IV-act. 19-1 f.). Anlässlich der orthopädischen Begutachtung führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, hinsichtlich der Hüfte sei er beschwerdefrei. Betreffend die Beschwerden in den unteren Beinen habe sich nach Jahren herausgestellt, dass nicht die Hüfte, sondern die Gefässproblematik ursächlich sei. Im Bewegungsapparat verspüre er keine Schmerzen (IV-act. 131-25, 28 f.). Befundlich erhob der orthopädische Gutachter gewisse degenerative Veränderungen, die besonders an beiden Hüftgelenken (fast aufgehobene Innenrotation) und etwas weniger ausgeprägt an den Kniegelenken und der Halswirbelsäule vorhanden seien. Er hielt fest, der Beschwerdeführer berichte konsistent und in Übereinstimmung mit den objektivierbaren Befunden über eine weitestgehende Beschwerdefreiheit am Bewegungsapparat, so dass sich aus orthopädischer Sicht Einschränkungen lediglich für Aktivitäten mit hohen körperlichen Ansprüchen begründen liessen (IV-act. 131-30 f.). Auch in der Vergangenheit sei die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten aufgrund pathologischer Befunde am Bewegungsapparat nicht während längerer Zeit relevant eingeschränkt gewesen (IV-act. 131-32). Dem widerspricht der Beschwerdeführer nicht, auch wenn er am 11. August 2014 schilderte, er leide seit etwa zwei Jahren an Schmerzen in der rechten Hüfte und eine geplante Operation habe wegen des erlittenen Herzinfarkts nicht durchgeführt werden können, und auch wenn der Eingliederungsverantwortlichen ein starkes Hinken auffiel (IV-act. 28). Hinsichtlich der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit berichtete die Klinik für Angiologie des KSSG am 11. Juni 2014, der Beschwerdeführer verfüge über eine relativ gute schmerzfreie Gehstrecke (IV-act. 19-3 f.). Anlässlich der Begutachtung berichtete der Beschwerdeführer, dass er täglich ca. 10 km bzw. während drei bis vier Stunden spaziere und in den nächsten Tagen ein Kathetereingriff am rechten Bein geplant sei (vgl. IV-act. 131-20 f., 42). Insgesamt erscheint damit nachvollziehbar, dass aus internistischer Sicht lediglich körperlich schwere Tätigkeiten und solche mit langen Gehstrecken unzumutbar sind (IV-act. 131-23) bzw. aus orthopädischer Sicht in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten mit gelegentlichen Positionswechseln ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren Extremitäten oder repetitive Überkopfbewegungen der Arme und mit einer Gewichtslimite von 15 kg aktuell und auch retrospektiv eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen ist (IV-act. 131-31 f.). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, er habe wenig Hoffnung, dass sich sein Leben noch ändern werde, und dass das Rauchen möglicherweise zur Gefässerkrankung beigetragen habe, sei ihm egal. Er leide darunter, dass er seit Jahrzehnten seine Heimat nicht habe besuchen können. Vor dem Sterben fürchte er sich nicht. Er rauche am Abend Haschisch, davon könne er gut schlafen (IV-act. 131-34 ff.). Lebensgeschichtlich berichtete der Beschwerdeführer dem fallführenden internistischen Gutachter, er sei politisch aktiv gewesen und deshalb von 1981 bis 1989 inhaftiert und auch geschlagen und gefoltert worden (IV-act. 131-35). Es ist anzunehmen, dass dies dem psychiatrischen Gutachter bekannt war. Eine psychiatrische Behandlung ist nicht aktenkundig. Somit ist nachvollziehbar, dass er ausser einer primären Cannabis-Abhängigkeit (ICD-10: F12.25) keine weitere psychiatrische Diagnose stellen konnte (IV-act. 131-37 f.). Es werden diesbezüglich auch keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Aspekte erwähnt, die im Rahmen der geänderten Rechtsprechung zu den Suchterkrankungen (BGE 145 V 215) relevant wären. Insgesamt berücksichtigt das ABI-Gutachten vom 2. Juli 2018 die geklagten Beschwerden, die medizinischen Vorakten sowie Ressourcen und

Belastungsfaktoren (vgl. IV-act. 131-8). Es kann in Übereinstimmung mit RAD-Arzt Dr. D.____, der zusätzlich festhielt, die Frage nach einer "möglichen Polyneuropathie" sei insofern beantwortet, als sowohl der internistische als auch der orthopädische Gutachter (vgl. IV-act. 131-22, 28) einen unauffälligen Neurostatus hätten erheben können (Stellungnahme vom 26. Juli 2018, IV-act. 132), darauf abgestellt werden. Dr. C.____ begründete im nach der Konsultation vom 11. September 2015 verfassten Arztbericht nicht, aufgrund welcher funktionellen Einschränkungen er seit 13. Juni 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (IV-act. 39). Demnach ist auch rückwirkend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer meldete sich am 23. Mai 2014 bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 1), so dass ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. November 2014 besteht (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Er war zuletzt von Juni bis August 2009 als Allrounder tätig und übte offenbar auch zuvor keine längerfristige Erwerbstätigkeit aus (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 9). Somit ist sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen nach dem Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) zu bemessen und insofern ein Prozentvergleich vorzunehmen. Damit resultiert ohne Tabellenlohnabzug ein Invaliditätsgrad von 0 %. Selbst unter Gewährung des maximalen Tabellenlohnabzuges von 25 % (BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc) besteht damit kein Rentenanspruch. Der Beschwerdeführer macht im Eventualstandpunkt geltend, er sei bis April 2016 in ständiger Herzbehandlung gewesen und habe vier Operationen über sich ergehen lassen müssen. Nach dem Eingriff vom Januar 2016 sei er mindestens bis Ende dieses Monats und maximal bis April 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (act. G 5-3 f.). Dr. E.____ führte im Bericht vom 19. März 2015 an Dr. C.____ (IV-act. 38) aus, seit der Kontrolle im November 2014 sei der kardiale Verlauf stabil. Am 8. Oktober 2015 berichtete er über eine vor allem in den letzten zwei Monaten verstärkte belastungsabhängige pectangiöse Beschwerdesymptomatik (IV-act. 44-20). Eine für die Beschwerden verantwortliche schwere Stenose konnte im Rahmen einer Koronarangiographie am 2. November 2015 behandelt werden, wonach der kardiopulmonal kompensierte Beschwerdeführer bei weiterhin unverändert eingeschränkter Leistungsfähigkeit subjektiv beschwerdefrei war (Bericht Angiographie, IV-act. 44-14 f.; Austrittsbericht Klinik für Kardiologie KSSG vom 3. November 2015, IV-act. 70-4 ff.; Bericht Dr. E.____ vom 13. November 2015, IV-act. 44-1 ff.). Eine weitere Koronarangiographie mit Stenteinlage wurde am 6. Januar 2016 durchgeführt (Austrittsbericht Klinik für Kardiologie KSSG vom 7. Januar 2016, IV-act. 49), und der RAD hielt am 2. März 2016 fest, gemäss telefonischer Auskunft von Dr. E.____ sei der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht nach wie vor 100 % arbeitsfähig (IV-act. 53). Der Verlauf zeigt, dass in einer adaptierten Tätigkeit höchstens von Oktober bis November 2015 von einer massgeblichen Arbeitsfähigkeit in herzadaptierten Tätigkeiten ausgegangen werden kann. In Anwendung von Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) besteht somit kein befristeter Rentenanspruch. Für die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist neben deren Höhe die der versicherten Person verbleibende Aktivitätsdauer von gewichtiger Bedeutung, wenngleich weder eine bestimmte Restarbeitsfähigkeit noch eine verbleibende Erwerbsdauer von weniger als fünf Jahren die Verwertbarkeit für sich allein ausschliessen. Das Bundesgericht selbst bezeichnet die Hürden für die Annahme der Unverwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit als hoch (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 25. August 2017, 8C_403/2017, E. 5.3 f., vom 31. August 2018, 8C_117/2018, E. 3.3.1, vom 6. Juli 2016,

8C_113/2016, E. 4.3 und vom 28. Mai 2009, 9C_918/2008, E. 4.3). Mit Blick auf die einschlägige Rechtsprechung macht der Beschwerdeführer zu Recht nicht geltend, seine Arbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar. Im Zeitpunkt der Erstattung des Gutachtens (2. Juli 2018) war er rund 58 1/2 Jahre alt. Die jeweils notwendigen Eingriffe haben bis anhin lediglich kurzfristige Arbeitsunfähigkeiten begründet. Eine Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit kann daher nicht angenommen werden. Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich Anspruch auf Arbeitsvermittlung haben dürfte (vgl. Strategieprotokoll vom 23. September 2014, IV-act. 27). Er sieht sich in der Lage, einer körperlich leichten Arbeit nachzugehen (IV-act. 131-35) und hat offenbar mit Erfolg durch das Sozialamt vermittelte monatelange Einsätze bewältigt (IV-act. 131-26). Diesbezüglich ist es ihm unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin zu melden. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde 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 vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zuzufolge 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 HonO pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat am 14. Januar 2019 eine Kostennote eingereicht (act. G 4), die allerdings nicht den gesamten Aufwand des Beschwerdeverfahrens abdeckt, so insbesondere nicht den Aufwand für die Ergänzung der Beschwerde vom 15. Februar 2019 (act. G 5). In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint daher die mit Blick auf vergleichbare Fälle praxisgemäss zugesprochene pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese 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.-- zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zuzufolge 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.